

博士論文

救急医療機関の看護師による自殺未遂者の
再企図リスクアセスメントに関する研究
－再企図防止のケアに向けた
組織としての準備に着目して－

杉本 圭以子

2015 年 3 月

大分県立看護科学大学大学院

目次

第 1 章 本論文の背景と目的

1. 救急医療機関において看護師に求められる自殺未遂者ケア	2
2. 用語の定義	3
3. 看護師の自傷患者への関わりの現状	3
4. 看護師の未遂者と未遂者ケアに対する認識	4
5. 本研究の目的と意義	5
引用文献	
表	

第 2 章 救急看護師による未遂者の再企図防止のためのケアと

その実施に影響を与える要因：文献検討を通して

1. はじめに	11
2. 方法	11
3. 結果	12
3.1 未遂者へ看護師が行う再企図防止のためのケア	
3.2 看護師による再企図防止のためのケア実施に障害となる要因	
3.3 看護師による再企図防止のためのケア実施につながる要因	
4. 考察	15
引用文献	
表	

第 3 章 再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴：

救急医療機関と精神科医療機関への質問紙調査より

1. はじめに	24
2. 方法	25
3. 結果	26
3.1 基本的背景	
3.2 自殺企図手段	

3.3 死ぬ意図と既往歴	
3.4 救急搬送後の転帰	
3.5 救急病院における「死ぬ意図」の確認の有無と諸要因の関連	
4. 考察	28
4.1 救急病院群と精神科群の実態と特徴	
4.2 死ぬ意図を確認した割合と確認しなかった症例の特徴	
4.3 本調査の限界と今後の課題	
5. 結論	31
引用文献	
表	

第4章 未遂者への再企図リスクアセスメントと

組織的準備との関連：看護師への質問紙調査より

1. はじめに	43
2. 方法	43
2.1 調査対象、調査方法及び調査期間	
2.2 調査内容	
2.3 分析方法	
2.4.倫理的配慮	
3. 結果	45
3.1 対象者の背景	
3.2 未遂者に対して実施したケア	
3.3 未遂者ケアに対する組織的準備	
3.4 未遂者ケアに対する認識と組織的準備との関連	
3.5 再企図リスクアセスメントと組織的準備との関連	
3.6 再企図リスクアセスメントと看護師の個人要因との関連	
3.7 再企図リスクアセスメントとアセスメントツールの有無及び活用との関連	
3.8 再企図リスクアセスメントと未遂者への看護が明確であることとの関連	
4. 考察	47
4.1 未遂者ケアに対する組織的準備	
4.2 再企図リスクアセスメントと組織的準備との関連	
4.3 本調査の限界と今後の課題	
5. 結論	49

引用文献
表

第 5 章 再企図リスクアセスメントを促進するための効果的な
しくみづくり：看護師への面接調査より

1. はじめに	60
2. 方法	60
2.1 調査対象及び調査期間	
2.2 調査方法	
2.3 調査内容	
2.4 倫理的配慮	
2.5 分析方法	
3. 結果	62
3.1 対象者の背景	
3.2 アセスメントツールを使用することについての認識	
3.3 再企図リスクアセスメントについての認識	
4. 考察	70
4.1 アセスメントツールを使用している病院の環境やしくみ	
4.2 アセスメントツール使用の有無による看護師の再企図リスク アセスメントに対する認識の違い	
4.3 本研究の限界と今後の課題	
5. 結論	72
引用文献 表	

第 6 章 総括

1. 各章の総括	79
2. 今後の課題	80

要旨	82
----	----

資料	86
----	----

第 3 章質問紙	
第 4 章質問紙	

第 5 章インタビューガイド

論文発表一覧 99

謝辞 100

第 1 章

本論文の背景と目的

1. 救急医療機関において看護師に求められる自殺未遂者ケア

日本の自殺者数は、平成 10 年以降 14 年連続で 3 万人を超える状態が続いており、平成 24 年に 3 万人を下回ったものの、自殺は 15~39 歳の死因第 1 位、40~49 歳の死因第 2 位を占めている（内閣府, 2014）。平成 24 年に見直された自殺対策総合大綱には新たな課題として自殺未遂者支援への取り組みの必要性が盛り込まれた。自殺の背景には、経済・生活問題、家庭問題、職場問題など様々な社会的・環境的要因があり、さらに健康問題を含む多様なリスク因子が存在し、これらが相互に複雑に作用しているが、この中で最も明確な自殺のリスク因子は自殺未遂の既往であることが知られている（河西他, 2008; Suokas et al., 2001）。それをふまえて高度救命救急センターを拠点として自殺未遂者（以下、未遂者）への危機介入の取り組みが広がっている（日本臨床救急医学会, 2009; 河西他, 2008）。Kawanishi et al.(2014)は、救急医療機関に搬送された未遂者に対し、精神医学的ケースマネジメントを実施することで自殺の再企図を 6 か月にわたって抑止できることが明らかとなったと報告している。つまり、救急医療機関で救急医、精神科医、ソーシャルワーカーなどの連携により、身体的ケアと同時に再企図リスクをアセスメントし、退院後の支援につなげることが再企図防止に効果的と考えられる。本研究では、こうした未遂者への再企図防止のためのケアに看護師が十分寄与するための条件について考える。

看護師は、救急医療機関において人数が最も多い職種であり、未遂者と話す時間をとりやすい立場にある。そのため未遂者への再企図防止において重要な役割を担いうと考えられる。海外のレビューでは、救急医療機関の退院時に看護師が心理教育をすることで退院後の精神科治療につながったという報告もある（Newton et al., 2010）が、ほとんどの救急医療機関では自殺の再企図リスクアセスメントは定式化しておらず（Horowitz et al., 2009）、看護師は患者に自傷についてたずねようとせず自傷を減らすようなサポートをしようとししないこと（Mchale & Felton, 2010）、さらに自殺企図を繰り返されると看護師は自らの無力を感じる（Pompili et al., 2005）等が報告されている。医療者の未遂者への否定的態度がケアの実施を阻害している（Melville et al., 1999）ことはかねてから指摘されているが、最近のレビュー（Cleaver, 2014; Clarke, 2008）によれば、未遂者に対して肯定的態度が多い結果と、否定的態度が多い結果の両方があるとされ、必ずしも医療者に否定的態度が多いわけではない可能性がある。いずれにしても、看護師が救急外来で未遂者と接する時に感じる不安や負担（奥間他, 2012）、救急から精神科への連携の困難さ（長田他, 2010, 2012）の報告から看護師が未遂者への対応に困難さを感じていることが推測される。

一方で、日本臨床救急医学会の未遂者対応マニュアル(2009)では、救急医療の未遂者ケアは「身体的および精神医学的評価および治療」、「自殺の再企図防止」が目標だとされている。具体的には、救急隊や家族から自殺企図手段や重症度等を情報収集し、本人にも今回の受診が自殺企図であることや、現在の死にたい気持ちをたずね、再企図リスクアセスメントをすること、帰宅させる場合は、精神科医療機関へ紹介することが推奨されている。対応の面では、本人に心配していることを伝え(tell)、自殺について率直にたずね(ask)、傾聴(listen)し、自分の価値観で説得しない、批判・否定しない、安全を確保(keep safe)する等の「TALKの原則」が重要とされている。

もしも、看護師に求められるこれらのケアが確実に実施できれば、それは未遂者の再企図防止に貢献するだろう。しかし、未遂者への対応に困難さを感じている看護師に対しては、何らかの支援が必要であると考えられる。

2. 用語の定義

本研究における用語の定義として、「自殺未遂者」には「自傷者」も含める。自殺未遂と自傷は「死ぬことを目的にしたか否か」で区別される行為であるが、救急受診した時点で両者を評価できないことも多く、過量服薬においては自殺意図の有無による医学的障害の重症度に差はない上(松本他, 2013)、どちらも身体的・精神医学的ケアが必要だからである。

本研究で「救急」という表記は、「救急外来」、「救急科」、「救命救急センター」などの総称である。

「再企図リスクアセスメント」は、本研究では自殺企図した未遂者が再企図するリスクについてアセスメントすることとする。死にたい気持ちや企図の理由、これまでの自殺未遂歴等をたずね、企図手段や企図時の状況、その他の情報から再企図リスクをアセスメントすることを指す。

また、「死ぬ意図」とは、「本当に死のうと思っている意思であり、はっきりとした死にたい気持ち」を意味する。「自殺念慮」「希死念慮」も同じように「死にたい気持ち」を表すが、ぼんやりと「死んでしまいたい」という気持ちを含むこともある。それよりも明確な死にたい気持ちを「死ぬ意図」ということにする。

3. 看護師の自傷患者への関わりの現状

前述の未遂者対応マニュアル(日本臨床救急医学会, 2009)では、医療者が未遂者や自傷患者を「叱る・説得する」ことのないよう戒めているが、

救急医療者は自ら身体を傷つけた患者に対し、否定的感情を抱きやすく（広常, 1994）、対応に不安や困難を感じ（福田他, 2006）、精神的ケアの目標がわからないため（小林他, 2010）、患者を回避する傾向にあり、患者も看護師のケアには満足していない（McHale & Felton, 2010）ことが報告されている。死なない程度に自分の身体を傷つける行為は、命を救う場所である救急医療機関の看護師にとってより否定的感情を抱きやすいことが予想される。近年では、未遂者と自傷患者つまり非致命的に自分の身体を傷つける人とは区別されるが（Walsh & Rosen, 2005）、救急医療では両者の区別が難しく、一括して「自殺未遂患者」と扱われることが多く、自殺のハイリスク群であることは変わらないので、身体症状は軽症な自傷患者であっても、精神的ケアを尽くして自殺の再企図を防ぐ必要がある（内閣府, 2007；佐藤, 2009）。

では、実際に救急医療機関の看護師（以下、救急看護師）の自傷患者への関わりはどのようなもので、その関わりにはどんな要因が関連するのだろうか。これを明らかにするために、著者は、2011年に長野県以西に所在する救命救急センターと二次救急病院を無作為に各 50 病院ずつ抽出し、計 100 病院、各病院 10 名ずつ 1000 名の救急看護師を対象に、自記式質問紙を配布し、郵送で 26.2%を回収した。全対象者（N=262）の自傷患者に対する関わりと、感情と認識について分析した（杉本他, 2013）。その結果、対象看護師は救命と傾聴に努めていたが、その 4 割が自傷患者に否定的感情を抱いており、8 割が回避的な関わりをしたことがあるという回答であった。その一方で半数の看護師が、患者に自傷の理由をたずね、3 割が希死念慮を確認していた。また、「相談できる人に相談することをすすめる」「自傷ではなく他のことで対処できないかたずねる」「自傷がエスカレートするのではないかという心配を伝える」など積極的な声かけが多い看護師は、自傷患者と接した経験が多く、救急部門での自傷患者看護に関する研修経験を受け、自傷患者看護のやりがい感があり、関わる際に不安が低く、およびその際に同僚に自分の気持ちを表現できることが示唆された。

これらの結果から、救急看護師の教育や環境を組織的に整備すること、これらを通して不安を軽減し、自傷患者看護のやりがい感を高めることが自傷患者への関わりを推進する可能性があるとし唆された（表 1）。

4. 看護師の未遂者と未遂者ケアに対する認識

一方、なぜ救急看護師が未遂者に対して否定的感情を抱き回避的な態度を示すのかという点について、看護師にインタビュー調査した阿部ら（2014）は、看護師の自殺企図患者に対する認知形成のプロセスを次のように報告している。「救急部門の看護師は、自殺企図患者という刺激によって《生きたい人を助けたい》という信念が活性化され、《自殺企図患者は別世

界の人》と認知した。その患者を自分が看護する時《患者に対する憤りや恐怖》を抱き、《心を込められない看護をする自分》で行動していた。このプロセスは《自殺企図患者を批判することが許容される風土》によって支持されていた。しかし、患者やその近親者に《感情移入した出来事》を経験した看護師の認知は、《自殺企図患者も自分と同じ世界の人》と変化し、《冷静に自分を振り返った出来事》を経験できた看護師の認知は《自殺企図患者も看護の対象》と変化していた。」そして、このプロセスを阿部は、「看護師が自身の価値観が危ぶまれるのを防ごうとしているプロセス」と述べている。

これを著者は、一種の防衛機制により、看護師が未遂者に対して否定的な感情や態度を示している現象ではないかと考えた。そして、看護師個人の態度にとどまらず、救急医療スタッフの共通した認識によって、未遂者には否定的な感情を持つことが当然となっていく現状が報告されていること(阿部他, 2014)に注目すると、未遂者に対する看護師のケア実施への支援は、看護師個人の態度変容だけを目的としたものではなく、組織として未遂者ケアに対する何らかの準備をすることが必要ではないかと考えた。

しかし、救急医療現場の未遂者に対する再企図防止のケアに向けて組織としてどのような準備が必要か、これまでに十分明らかになっていない。

5. 本研究の目的と意義

先に述べたように、救急看護師には未遂者への身体的ケア以外に、再企図防止のためのケアが求められている。これを確実に実施することは未遂者の再企図防止に貢献できると考えられるが、実際には回避的な関わりをしていることも多い。先行文献によると、看護師個人の未遂者に対する否定的な態度は、看護師個人の価値観を守ろうとする防衛機制であると同時に、救急医療スタッフの共通した認識となっているようである。

そこで、未遂者へのケアを推進するには看護師個人への教育が有効な支援だと言われてはきた。しかし、それと同時に組織としてのケアの準備も必要と考えられるにもかかわらず、組織としての準備と未遂者ケアの関連についての報告はこれまでに少なく、どのような準備をすれば未遂者への対応に困難を感じている看護師でもケアが実施できるかは、明らかでない。組織として何らかの準備をすることが看護師への有効な支援になると明らかになれば、未遂者の再企図防止にも貢献できると考えられる。

そこで本研究では、救急看護師が未遂者へ再企図防止のためのケアをおこなうために、看護師個人への支援だけでなく組織として行うケアの準備はどのようなものか、文献研究・質問紙調査・面接調査をもとに明らかにすることとした。

まず、第 2 章で、文献研究により救急医療機関を受診した未遂者に対し単に「関わる、対応する」ではなく、身体的ケア以外に必要なケアとは何か、看護師に求められる再企図防止のためのケアはどのようなことであるかを検討し、ケア実施の障害となる要因、ケア実施につながる要因を明らかにする。

次に、第 3 章で、一地域において救急医療機関と精神科医療機関それぞれを受診した未遂者の現状と転帰の実態についての質問紙調査から、救急医療機関で再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴について検討する。また、再企図リスクアセスメントの中の「死ぬ意図の確認」「自殺未遂歴の確認」をしたかどうかについて救急と精神科に差があるかどうかを明らかにする。

第 4 章では、対象範囲を全国の救命救急センターにひろげ、再企図リスクアセスメント実施と組織的準備との関連について報告する。特にアセスメントツールや教育が再企図リスクアセスメント実施につながる要因となっているかを質問紙調査により明らかにする。

さらに第 5 章では、救急看護師への面接調査の結果を報告する。第 4 章の結果を受け、アセスメントツールを使用して再企図リスクアセスメントを実施している病院はどのようなしくみをつくっているか、アセスメントツールの使用の有無で看護師の再企図リスクアセスメントの認識に違いがあるか探索し、組織としてどのように環境を整えたらよいかを検討する。

なお、2 章と、3 章の一部分は、査読を受けて学術誌に受理されている。

第 2 章：杉本圭以子（2014）. 自殺未遂者へ救急看護師が行う心理社会的ケア及びその実施に影響を与える要因についての文献検討 こころの健康 29(2)：49-58.

第 3 章：杉本圭以子，影山隆之（2013）. 一地域の救急医療機関および精神科医療機関を受診した自殺企図者に関する調査－医療者による「死ぬ意図」の確認に注目して－ こころの健康 28(2)：39-50.

引用文献

阿部美香、上野恭子（2014）. 救急部門で働く看護師の自殺企図患者に対する認知形成のプロセス. 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 101-111.

Clarke DE, Brown AM, Smith LG (2008). Triaging suicidal patients:Sifting through the evidence. Interna Emer Nurs, 16: 165-174.

Cleaver K (2014). Attitudes of emergency care staff towards young

- people who self-harm:A scoping review. *Intera Emer Nurs*, 22: 52-61.
- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ他 (2006). 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度. *日本看護学会誌* 15(2): 15-24.
- 広常秀人 (1994). 自殺未遂ー生命の否定と救急医のジレンマを乗り越える. *救急医学* 18:1799-1801.
- 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹他 (2008). 自殺企図の再発防止方略開発のための多施設協同研究 ‘Action-J’ その背景と研究の概要. *精神神経学雑誌*, 110:230-237.
- Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N et al. (2014). Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan(ACTION-J): a multicenter, randomized controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 193-201. doi:10.1016/S2215-0366(14)70259-7.
- 小林怜美, 横内光子 (2010). 救急医療における自殺企図患者への看護ケア. *日本救急看護学会雑誌* 12(3):181.
- Horowitz LM, Ballard ED, Pao M (2009). Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr*, 21(5): 620-627.
- 松本俊彦, 井出文子, 銘苅美世 (2013). 過量服薬は自殺と自傷のいずれなのか 自殺意図有無による過量服薬患者の比較. *精神医学*, 55 1073-1083.
- McHale J, Felton A (2010). Self-harm: what’s the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *J Psychi Ment Heal Nurs*, 17: 732-740.
- Melville A, House A (1999). Understanding deliberate self-harm. *Nursing times*, 95(7): 46-47.
- 内閣府 (2007). 自殺総合対策大綱, 内閣府, 東京.
- 内閣府 (2014). 平成 26 年度版自殺対策白書
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/gaiyou/pdf/1-1.pdf>
- 長田敬子, 久保田忍, 嶽本直子他 (2010). 当院における自殺企図患者の現状と課題. *高山赤十字病院紀要*, 34: 53-56.
- 長田敬子, 嶽本直子, 白子隆志他 (2012). 当院における自殺企図患者の現状と取り組み～救急医療機関と精神科医療および地域との連携をめざして～. *高山赤十字病院紀要*, 36:37-41.
- Newton AS, Hamm MP, Bethell J, et al. (2010). Pediatric Suicide-

- Related Presentations: A Systematic Review of Mental Health Care in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*, 56(6): 649-659.
- 日本臨床救急医学会 (2009). 自殺未遂患者への対応 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き.
- 奥間愛, 浦谷幸男, 島袋弘美他 (2012). 自殺企図患者への積極的な看護介入を目指して～患者理解とアセスメントシート作成を通して～. *病院・地域精神医学*, 55(2):132-134.
- Pompili M, Girarde P, Ruberto A, et al. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur j emerg Med*, 12: 169-178.
- 佐藤亜紀 (2009). Introduction 我が国の自殺企図患者の状況とその対策－自殺者 3 万人の時代に, 救急医療ができること－. *EMERGENCY CARE*, 22(1), 76-80.
- 杉本圭以子, 影山隆之 (2013). 自傷患者に対する救急看護師の関わりの実態と関連要因. *日本看護科学会誌*, 33(1):52-60.
- Suokas J, Suominen K, Isometsa E et al. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 104, 117-121.
- Walsh B., Rosen P. (著)／松本俊彦、山口亜希子(訳) (2005): 自傷行為, 金剛出版, 東京. 25-61.

表 1 「積極的声かけ」得点に関連する要因の重回帰分析

説明変数	標準化偏回帰係数
過去 1 年に看護した自傷患者の数（20 人以上）	0.291***
やりがい	0.266***
生じる気持ちを同僚の看護師に表現できる	0.222***
対応の不安	-0.181**
身近に自傷した者がいる	0.133*
救急部門で自傷患者看護に関する研修経験あり	0.129*
F=11.5*** R ² =0.349	

stepwise 変数増加法による。

R²，多重決定係数．*p < 0.05，**p < 0.01，***p < 0.001

*自傷患者に積極的な声かけをしている看護師の特徴を示した。

第 2 章

救急看護師による未遂者への再企図防止のためのケアと
その実施に影響を与える要因：文献検討を通して

1. はじめに

近年、高度救命救急センターにおいて、未遂者への危機介入が提唱され、身体的ケアと同時に精神医学的ケアが行われ、再企図防止のための取り組みが始まっている(日本臨床救急医学会, 2009; 河西他, 2008)が、その一方で、身体的に軽症の未遂者が帰宅する際、再企図リスクアセスメントは約半数にしか実施されていないという報告もある (Melville et al., 1999)。一般に、手段の致死性と自殺念慮の強さは関連があると考えられるが、必ずしも一致しないという報告もあり(Hawton et al., 2006)、個々の事例について慎重に評価を行うことが必要である(NICE, 2004)。

日本では近年、救急受診した自殺企図者の実態調査(大阪府, 2012; 東京都, 2008; 栃木県, 2010; さいたま市, 2010)により、過量服薬の未遂者が約半数以上を占めることが報告されている。過量服薬や自傷を頻回に繰り返す救急受診患者への対応では、身体的ケアが多く精神的ケアはあまり行われていないことが示唆されており(船水他, 2013; 吉野, 2013)、過去の自殺企図時に適切なケアを受けず帰宅となった結果、再企図が適切に予防できなかった事例もあることが推測されている (Hurry & Storey, 2000)。また、過量服薬や切傷者は未遂者の中でも 10~30 代の患者に多く(大阪府, 2012; 東京都, 2008)、日本ではこの十数年で確実に 20 代、30 代の自殺者数が増加している(内閣府, 2012)。従って、その時点では身体的に軽症で緊急性が低いと判断されても、身体的ケアを施して終わりではなく、「既遂となるリスクが高い患者」であるという意識を持ち(廣川他, 2013)、未遂者に対して再企図防止のために何らかの介入をすることが必要だといえる。

救急医療者は自ら身体を傷つけた患者に対し、否定的感情を抱きやすく(広常, 1994)、著者らの調査(杉本他, 2013)でも自傷患者に対して回避的な関わりをしたことがある看護師は 8 割にのぼり、自傷の理由をたずねたことがある看護師は半数にとどまった。そもそも、看護師に求められる再企図防止のためのケアはどんなことであろうか。本稿では、これを検討するために 1)救急看護師が行う再企図防止のためのケア、2)ケア実施の障害となる要因、3)ケア実施につながる要因について、国内外の文献をレビューする。

2. 方法

1990~2013 年に発表された文献を対象に、国外の文献については PubMed、CINAHL を用い、'emergency'、'nurs*'、'suicide' および 'self-harm' をキーワードに AND 検索した。国内の文献については医

学中央雑誌を用い、‘救急’、‘看護’、‘自殺’および‘自傷’をキーワードに AND 検索した。

‘emergency’、‘nurs*’、‘suicide’のキーワードで PubMed にて 72 篇、CINAHL にて 109 篇、‘emergency’、‘nurs*’、‘self-harm’のキーワードで PubMed にて 140 篇、CINAHL にて 49 篇が抽出された。医学中央雑誌にて‘救急’、‘看護’、‘自殺’で 260 篇、‘救急’、‘看護’、‘自傷’で 45 篇が抽出された。これらの中から、重複文献、レビュー文献、記事を除き、1)救急看護師もしくは救急受診した未遂者を対象とするものであり、かつ 2)未遂者への再企図防止のためのケアに関する内容で独自のデータを含む、という 2 つの基準を満たす 25 篇を抽出し、検討対象とした(表 1)。対象文献 25 篇のエビデンスレベル(Minds 診療ガイドライン選定部会監修,福田他編,2007)は、非ランダム化試験(レベル 2)が 5 篇、非実験的記述的研究(レベル 3)が 20 篇であった。

3. 結果

3.1 未遂者へ看護師が行う再企図防止のためのケア

看護師が行う未遂者への再企図防止のためのケアは、次の三つに大別される(表 1)。

第一に、再企図のリスク及び心理社会的ニーズのアセスメントである(Artis & Smith, 2013; Ballard et al., 2012; Barr et al., 2005; Bennewith et al., 2005; Boyes, 1994; Crawford et al., 1998; Crawford & Wessely, 1998; Doyle et al, 2007; Friedman et al., 2006; 福田他, 2006; Hickey et al., 2001; Holdsworth et al., 2001; Horowitz et al, 2001; Keogh et al, 2007; McAllister et al., 2009; McCann et al, 2007; Mehlum et al, 2010; 大谷他, 2010; 瓜崎他, 2010)。救急では、未遂者に対して身体的なトリアージと同時に、精神医学的な重症度、再企図のリスクを評価することも看護師の役割であり、特に強い自殺念慮の有無を見極めることが重要で、精神疾患の有無や過去の自傷・自殺未遂歴等から再企図のリスクをアセスメントし、自殺や自傷の理由にかかわる未遂者の背景やソーシャルサポートなどの心理社会的ニーズも評価する必要がある(Barr et al., 2005)。

第二に、患者への安全の提供である(Doyle et al, 2007; Keogh et al., 2007; 大谷他, 2010; 瓜崎他, 2010)。自殺の手段から未遂者を遠ざけ、必要時には抑制も必要な場合があり、そのための基準を設けているという報告(大谷他, 2010)がある。

第三に、退院時の支援構築である(Doyle et al, 2007; 福田他, 2006; Horowitz et al, 2001; Mehlum et al., 2010; 黒澤他, 2009)。これには、家

族への支援、精神科との連携、退院後の治療の場の設定が含まれる。

3.2 看護師による再企図防止のためのケア実施に障害となる要因

看護師によるケア実施に障害となる要因は次の三つに大別される。

第一に、未遂者に対する看護師個人の認識や態度である。自殺に関する教育を受けていないため (Friedman et al., 2006; McCann et al., 2007; Conlon & Tuathail, 2010; Osafo et al., 2012)、知識がなく (Keogh et al., 2007; 岩田, 2012; Egan et al., 2012; 黒澤他, 2009)、未遂者に関わることの不安が高く (福田他, 2006; 岩田, 2012)、ケアの経験も少なく (Osafo et al., 2012; 黒澤他, 2009)、共感的に理解できず (Kishi et al., 2011)、自信がない (Egan et al., 2012) ことが未遂者との関わりを回避し、ケア実施を障害する要因だと報告されている。また、過量服薬や切傷者に対して、その手段から致死性を過小評価していることや (Barr et al., 2005; Friedman et al., 2006; Hickey et al., 2001)、未遂者に向けられた怒りや葛藤 (瓜崎他, 2010)、道徳的あるいは宗教的な抵抗感 (Osafo et al., 2012) などの否定的感情が、再企図リスクや心理社会的ニーズのアセスメントを障害する要因として報告されている。

第二に、未遂者側の要因である。再企図リスクや心理社会的ニーズのアセスメントが実施されないのは、精神科スタッフによるアセスメントを受ける前の自己退院、アセスメントの拒否、(Barr et al., 2005; Bennewith et al., 2005; Boyes, 1994; Crawford et al., 1998; Hickey et al., 2001) 看護師への攻撃的、非協力的な行動があった場合に多いと報告されている (Doyle et al., 2007; Hickey et al., 2001)。

第三に、救急の物理的・環境的要因である。救急では、身体的ケアに焦点があてられ、メンタル面に関心が払われにくい状況にあり、プライバシー保護がしにくいため、再企図リスクや心理社会的ニーズのアセスメントをするのに適した場所ではない (Conlon & Tuathail, 2010) ことや、精神医学の専門家が常駐していないことが多く (黒澤他, 2009)、他の重症患者への対応があり、繁忙で、時間に制限がある (Artis & Smith, 2013; Doyle et al., 2007; Conlon & Tuathail, 2010) ことがケアの障害となる要因として報告されている。しかし、アセスメントが不完全なまま退院した未遂者は自殺企図を繰り返す率が高いことも報告されている (Boyes, 1994; Crawford & Wessely, 1998)。

環境的要因である医療チームや組織に関して、救急医療のチームはしばしば、「身体的ケアは自分たちの分野だ」と認識しているが、「精神的ケアは自分たちの仕事ではない」という認識を持っており (Artis & Smith, 2013; Doyle et al., 2007; Keogh et al., 2007)、「同僚が未遂者に軽蔑した発言をすると、自分のケアにも影響がある」と答えた看護師がいる

(McCann et al., 2007)というチームとしての態度(Conlon & Tuathail, 2010)等、未遂者の再企図リスクアセスメントは「自分たちの仕事ではない」という認識がその実施を障害する要因として指摘されている(Artis & Smith, 2013; Keogh et al., 2007)。組織的な準備体制の点では、教育の機会の不足(McCann et al., 2007; Conlon & Tuathail, 2010; Osafo et al., 2012)、精神科非専門スタッフのためのガイドライン、アセスメントツールが準備されていないこと(McCann et al., 2007; 大谷他, 2010)が、ケアの実施に障害となる要因と指摘されている。

3.3 看護師による再企図防止のためのケア実施につながる要因

看護師による再企図防止のためのケア実施につながる要因として、新たな教育やアセスメントツールの使用によるアウトカムが報告されている。

例えば、1時間の教育により「自傷を繰り返す人は死なない」という認識が減り、企図時の詳細、通院歴、精神的状態等の記録が増えたという報告(Crawford et al., 1998)や2時間の講義とディスカッションにより、看護師の役割が明確になり、肯定的に自傷をとらえることができるようになったという報告(McAllister et al., 2009)がある。7週にわたるワークショップにより、自傷患者によるストレスや看護への不安、支援のなさを感じる度合いが減ったという報告(Holdsworth et al., 2001)もある。ただし、教育を受けていても「自分には知識やスキルがない」と回答する看護師が多いという報告(Conlon & Tuathail, 2010)や、看護師の異動による入れ替わりが激しいため、教育の効果があがっていない(McCann et al., 2007)という限界も指摘されている。

次に、実際に再企図リスクアセスメントツールの導入で看護記録に希死念慮の記録が増加した報告(大谷他, 2010)がある。このツールは、致死性が低いと判断されがちな過量服薬の患者を想定し、救急スタッフによる再企図リスクアセスメントに加え、精神科医コンサルトの基準を明確化する目的で作成されている。つまり、身体状態が軽く入院せず帰宅する未遂者にこそ使用できるツールであり、身体状態改善後の治療継続のため、院内精神科への連絡、退院後のフォローアップ、帰宅先等を具体的に確認する項目も明示されている。一方で、ガイドラインと教育体制の両方が整っている病院はガイドライン、教育どちらかだけの場合より再企図防止のためのケアの実施率が高く、ガイドラインにするべきケアが明確に定義されていることが重要であると指摘されている(Mehlum et al., 2010)。

また、精神科非専門スタッフが限られた時間内で正確に素早く精神的な重症度、再企図のリスク、危険因子の有無などをアセスメントするためのツールが必要だという指摘から、これらのツールの作成や妥当性の検討も散見される(Horowitz et al., 2001; 大谷他, 2010)。

4. 考察

以上の結果は次のようにまとめられる。看護師は全ての未遂者に、「再企図リスク及び心理社会的ニーズのアセスメント」、「安全の提供」、「退院後の連携を行う」という視点で関わるのが重要であるが、「看護師の認識や態度」、「未遂者側の自己退院や治療に非協力的な態度」、「救急の物理的・環境的要因」からケアできないことがある。しかし、「教育」をうけ、「アセスメントツールやガイドラインを使用」することがケア実施につながる。

これまでに、救急部門の医療チームの中に、未遂者の精神医学的ケアあるいは再企図リスクアセスメントをはじめとする再企図防止のためのケアは、必要があり価値があるが、自分たちの仕事ではないという認識があるという指摘がある (Artis & Smith, 2013; Doyle et al., 2007; Keogh et al., 2007)。この考えは、看護師をはじめとする救急スタッフが無意識に持っているものであり、未遂者に対する行動の判断基準になっていると考えられる。そうだとすると、いくら看護師個人の態度や考え方が変わっても、「それはこのチームの仕事ではない」と周りが認識していれば、看護師はケアのための行動をとらない可能性がある。つまり、未遂者に対する再企図防止のためのケア実施への支援は、看護師個人の態度が変わることだけに焦点を当てるのではなく、組織内でケアに対して「自分たちがすべき仕事である」という共通認識を持つことに焦点をあてる必要があると考えられる。例えば精神科看護師に、自殺のリスクアセスメントについて教育した後、態度は変化した、行動は変わらなかったという報告 (Gask et al., 2005)がある。そのため、知識を学んだ後、実際に行動に移すためのしくみづくりが必要である。

そして、ツールを活用する際のしくみづくりなど環境を整備する際には、それぞれの病院の実情にあわせてケアや連携の手順を考えることが不可欠である。病院により、精神科の有無、精神保健福祉士やソーシャルワーカー在籍の有無、院外の連携の状況は様々なので、病院ごとに「救急ではここまでケアできればよい」という目標を検討し、ケアの手順を明確化することが必要である。

以上のように、「教育」、「ツールの活用」2つの視点で支援することが、看護師の未遂者の再企図防止のためのケア実施につながると考えられる。

今後の課題として、救急と精神科の連携の強化がある。救急医側も近隣の精神科との連携を強く望んでおり (小島・岡田, 2012; 中田, 2012)、精神科医が常駐していない救急医療機関が精神科医療機関と連携できるしくみづくりを、行政も含めて検討する必要があると考えられる。

引用文献

- Artis L, Smith JR (2013). Emergency department staff attitudes toward people who self-harm Exploring the influences of norms and identity. *Adv Emer Nurs Jour*, 35(3): 259-269.
- Ballard ED, Bosk A, Snyder D, et al. (2012). Patients' opinions about suicide screening in a pediatric emergency department. *Ped Emerg Care*, 28: 34-38.
- Barr W, Leitner M, Thomas J (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *J. Psychi and Ment Health Nurs*, 12: 130-138.
- Bennewith O, Peters T, Hawton K, et al. (2005). Factors associated with the non-assessment of self-harm patients attending an Accident and Emergency Department. *J Aff Dis*, 89: 91-97.
- Boyes A (1994). Repetition of overdose:a retrospective 5-year study. *J Adv Nurs*, 20: 462-468.
- Conlon M, O' Tuathail C (2010). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International Emerg Nurs*, 20(1),3-13, 2010.
- Crawford MJ, Turnbull G, Wessely S (1998). Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff- an intervention study. *J Accid Emerg Med*, 15: 18-22.
- Crawford MJ, Wessely S (1998). Dose initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study. *BMJ*, 317, (7164),985.
- Doyle L, Keogh B, Morrissey J (2007). Caring for patients with suicidal behavior:an exploratory study. 16: 1218-1222.
- Egan R, Sarma KM, O' Neill M (2012). Factors influencing perceived effectiveness in dealing with self-harming patients in a sample of emergency department staff. *The j Emerg Med*, 43(6) 1084-90.
- Friedman T, Newton C, Coggan C, et al. (2006). Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *J Psychosomat Res*, 60: 273-277.

- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ他 (2006). 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度. 日本看護学会誌, 15(2):15-24.
- 船水祐美子, 神恵子, 相馬純子他 (2013) 救急外来における自殺未遂者の傾向と対応検討. 健生病院医報, 36: 51-54.
- Gask L, Dixon C, Morriss R, et al. (2005). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. Jour of Adv Nurs, 54(6): 739-750.
- Hawton K, Rodham K, Evans E (2006). By Their Own Young Hand: Deliberate Self-Harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publishers, London (松本俊彦, 河西千秋監訳(2008). 自傷と自殺 思春期における予防と介入の手引き. 金剛出版, 東京).
- Hickey L, Hawton K, Fagg J, et al. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. J Psychosomat Res, 50: 87-93.
- 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎他 (2013). 精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による76事例の検討. 精神神経学雑誌, 115(9):923-932.
- 広常秀人 (1994). 自殺未遂ー生命の否定と救急医のジレンマを乗り越える. 救急医学 18:1799-1801.
- Holdsworth N, Belshaw D, Murray S (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. J Psychi and Ment Heal Nurs, 8: 449-458.
- Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, et al. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department : development of a brief screening tool. Pediatr, 107: 1133-1137.
- Hurry J, Storey P (2000). Assessing young people who deliberately harm themselves. British Journal of Psychiatry, 176:126-131.
- 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹他 (2008). 自殺企図の再発防止方略開発のための多施設協同研究 'Action-J' その背景と研究の概要. 精神神経学雑誌, 110:230-237.
- 岩田美智子 (2012). 独立型救命救急センターにおける自殺企図患者に対する看護師の認識. 岐阜看護研究会誌, 4: 93-103.
- Keogh B, Doyle L, Morrissey J (2007). Suicidal behavior a study of emergency nurses' educational needs when caring for this patient group. emergency nurse, 15(3): 30-35.

- Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, et al. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Gen Hosp Psychi*, 33: 393-397.
- 小島直樹, 岡田保誠 (2012). 精神科・救急医療施設における自殺未遂者ケアの実際と問題点 公立昭和病院救命救急センター. *救急医学*, 36: 815-818.
- 黒澤美枝, 前川貴美子, 小野田敏行他 (2009). 岩手県指定救急機関における自殺未遂者の実態調査. *トラウマティックストレス*, 7(2): 70-75.
- McAllister M, Billett S, Moyle W, et al. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self-harm for emergency nurses. *J Psychi ment Heal Nurs*, 16: 121-128.
- McCann TV, Clark E, McConnachie S, et al. (2007). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *J Clin Nurs*, 16: 1704-1711.
- Mehlum L, Mork E, Petter N, et al. (2010). Quality of psychosocial care of suicide attempters at general hospitals in Norway - A longitudinal nationwide study. *Archives of Suicide Research*, 14 :146-157.
- Melville A, House A (1999). Understanding deliberate self-harm. *Nursing times*, 95(7): 46-47.
- Minds 診療ガイドライン選定部会 (監修) 福田次矢, 吉田雅博, 山口直人(編) (2007). *Minds 診療ガイドライン作成の手引き*, pp40 医学書院, 東京.
- 内閣府 (2012). 平成 24 年度版 自殺対策白書. pp7-11.
- 中田康城 (2012). 精神科・救急医療施設における自殺未遂者ケアの実際と問題点 市立堺病院. *救急医学*, 36: 802-805.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care*. London.
- 日本臨床救急医学会 (2009). 自殺未遂患者への対応 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 日本臨床救急医学会.
- Osafo J, knizek BL, Akotia CS, et al. (2012). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *Interna J Nurs Stud*, 49: 691-700.

大阪府（2012）．大阪府自殺未遂者実態調査報告書．

http://www.prif.osaka.jp/hodo/attach/hodo-10184_8.pdf.

大谷典生, 前田千尋, 柳澤八恵子他（2010）．自殺企図患者に対する再企図リスク評価シート運用－専属精神科医不在の救命救急センターとしての試み－．中毒研究, 23 :47-53.

さいたま市（2010）．救急医療機関における自傷・自殺企図患者に対する調査報告書．

<http://www.city.saitama.jp/www/contents/1277174515998/files/houkokuusyo001.pdf>.

栃木県（2010）．平成21年度栃木県自殺未遂者実態調査報告書．

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e05/welfare/hoken-eisei/jisatsutaisaku/documents/1269853905430.pdf>.

東京都（2008）．救急医療機関における自殺企図患者などに関する調査報告書．

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2008/07/DATA/60i7f201.pdf>.

杉本圭以子, 影山隆之（2013）．自傷患者に対する救急看護師の関わりの実態と関連要因．日本看護科学会誌, 33(1): 52-60.

瓜崎貴雄, 桑名行雄（2010）．救命救急センターで勤務する看護師の自殺未遂患者に対する態度－構成要素と傾向についての量的研究－．日本精神保健看護学会誌, 19(1): 23-33.

吉野暁子（2013）．当院における自傷行為患者への取り組み～救命救急センターと精神科連携の報告～．日救急医会関東誌, 34(2): 407-409.

表 1. 対象文献一覧

著者	研究目的	対象	データ収集方法	注目した心理社会的ケア	ケア実施に影響する要因	EL
Artis et al.	未遂者に対するケアに対して、救急スタッフの態度と行動、チームの役割と規範がもたらす影響を調査する	看護師 6 名 医師 2 名 他スタッフ 2 名 ＜救急病院＞	半構造的インタビュー	トリアージ、アセスメント 他の患者に対するのと同様に尊厳をもって対応する	●自傷者についての考え、態度、行動 ●時間、空間の制限 ●チームの文化、規範 ○役割、必要なケアの範囲の認識 ○サポートされている自覚 ○経験の共有 ○チーム内のコミュニケーション、トレーニング	3
Ballard et al.	救急で自殺のスクリーニングをされることについての未遂者の意見を記述する	自傷患者 156 名 10~21 歳＜救急病院＞	インタビュー	再企図リスクのアセスメント	○「看護師は死にたいかどうかたずねるべき」「知ってほしい、理解してほしい」「援助機関へ連携してほしい」という未遂者の認識を知る	3
Barr et al.	精神科医または非専門家からアセスメントを受けた患者を比較する	自傷患者 4329 名 ＜救急病院＞	カルテ調査	心理社会的ニーズのアセスメント	(-)自己退院 (-)企図手段の軽さ (切傷、過量服薬)	3
Bennewith et al.	心理社会的アセスメント受けず退院した自傷患者の特徴を調べる	自傷患者 2780 名 ＜救急病院＞	カルテ調査	心理社会的ニーズのアセスメント	(-)自己退院 (-)アセスメント拒否	3
Boyes	5 年の間に繰り返し救急病院に過量服薬で受診した人の数と再入院時期を調査する	自傷患者 1958 名 ＜救急病院＞	カルテ調査	再企図リスクのアセスメント 精神医学的アセスメント	●自己退院	3
Crawford et al.	1 時間の研修前後で看護師と研修医の自傷患者への心理社会的アセスメントの変化を調べる	看護師 45 名 研修医 15 名 ＜救急病院＞	非ランダム化介入比較試験	トリアージ、心理社会的ニーズのアセスメント	○教育 ○アセスメントツールの使用 ＜アウトカム＞エピソード、受診歴、精神状態、SADPERSONS スケール結果等の記録数が増加	2
Crawford et al.	入院自傷患者の心理社会的アセスメントの有無により、再自傷率を明らかにする	自傷患者 294 名 ＜救急病院＞	コホートスタディ	心理社会的ニーズのアセスメント	(-)自己退院	2
Doyle et al.	救急看護師が未遂者に対してどのようなケアをしているか調査する	看護師 42 名 ＜救急病院＞	自記式質問紙	トリアージ、再企図リスクのアセスメント 安全の提供 精神科サービスとの連携	●看護師自身の価値観 ●未遂者ケアのスキルの不足 ●繰り返す未遂者へのケアの動機が欠如 ●時間の制限 ●未遂者が暴力的、攻撃的	3
Friedman et al.	救急看護師の自傷者（切傷）への態度を調査する	看護師 53 名 他職種 10 名	自記式質問紙	再企図リスクのアセスメント 精神医学的アセスメント	(-)救急経験が長く教育未受講の看護師はより自傷者に怒りを感じ、「自傷は精神的な病気ではない」という認識を持っている	3
福田紀子他	救命救急センターに入院している企図者への看護師の認識や態度を明らかにする	看護師 68 名 ＜救急病院＞	自記式質問紙	身体的ケアと並行した精神的治療 再企図リスク評価、退院後の治療の設定	●看護師の否定的な認識や態度 ○教育 ○チーム内の支援体制	3
Hickey et al.	心理社会的アセスメントなしで退院した自傷者の特徴を調べる	自傷患者 246 名 ＜救急病院＞	カルテ調査	心理社会的ニーズのアセスメント	(-)早い退院 (-)自傷者の攻撃的、非協力的な行動 (-)企図手段の軽さ (過量服薬)	3
Holdsworth et al.	看護師に対する自傷者のアセスメントと対応の教育プログラムを評価する。	看護師 13 名 ＜救急病院＞	非ランダム化介入比較試験	トリアージ、再企図リスクのアセスメント	＜アウトカム＞自傷患者によるストレス、看護への不安、支援のなさを感じる度合いの減少	2

表 1. 対象文献一覧

著者	研究目的	対象	データ収集方法	注目した心理社会的ケア	ケア実施に影響する要因	EL
Horowitz et al.	救急でリスクスクリーニングをするツールの開発をする	自殺企図者 144 名 ＜救急病院＞	RSQ、SIQ	トリアージ、再企図リスクのアセスメント 適切な精神科治療と連携	○短時間で実施可能なアセスメントツール	3
Keogh et al.	未遂者のケアをする救急看護師の持つ教育のニーズを調査する	看護師 42 名 ＜救急病院＞	自記式質問紙	再企図リスクのアセスメント 自殺行動への介入 安全の提供	●精神状態の知識の不足 ●アセスメントの聴き方認識不足 ●アセスメントは精神科チームの責任という認識 ○教育（人間関係のスキル、アセスメント、態度の変容）	3
McAllister et al.	救急看護師に解決志向の技術を教え、自傷者への対応をより援助的に改善する	看護師 28 名 ＜救急病院＞	2時間の講義とディスカッション後、個別インタビュー	トリアージ、 メンタルヘルスケア、 心理社会的ニーズのアセスメント	○看護師の役割の明確化 ○相互作用的な教育 ＜アウトカム＞自傷の理由づけが肯定的に変化	2
McCann et al.	救急看護師の態度がトリアージとケアの方向性の決定に及ぼす影響を調査する。	看護師 43 名 ＜救急病院＞	SOQ、ATS	トリアージ	●看護師の自傷への態度 ●同僚の未遂者への批判的なコメント ●ガイドライン、教育の不足 ●看護師の入れ替わりの激しさ	3
Mehlum et al.	ノルウェーの救急病院において未遂者への心理社会的ケアの質を調査する	職種記載無 48 名 ＜救急病院＞	構成的インタビュー	アセスメント 退院時の支援体制構築	○教育、ガイドラインが両方そろっていること ○ガイドラインにケアの定義が明確に書かれていること	3
大谷典生他	自殺再企図リスク評価スケールの導入後の変化を定量化する	企図者 104 名 ＜救急病院＞	カルテ調査	再企図リスクの評価 自殺再企図防止	(+)評価スケール使用 ＜アウトカム＞精神科コンサルト率増加、看護記録上、患者の希死念慮の記載が増加	2
瓜崎貴雄他	看護師の未遂者に対する態度の構成要素と傾向を明らかにする	看護師 906 名 ＜救急センター＞	自記式質問紙	安全の提供（必要時抑制、不穏時対応） アセスメント、精神科受診を勧める	●回避的態度と「自殺行動の否定」に正の相関 ○接近的態度と両面的態度と「危機への関わり」に正の相関	3
Conlon et al.	自傷患者への救急看護師の態度を明らかにする	看護師 87 名 ＜救急病院＞	SHAS 自記式質問紙	—	●看護師の自傷者への否定的態度 ●チームの自傷者への態度 ●繰り返す自傷者へのケアへの動機欠如 ●教育の不足 ●プライバシーが守れない環境、時間の制限	3
Kishi et al.	日本の看護師の未遂者への態度と、自殺行動の本質と自殺予防を理解するための教育ニーズを調査する	看護師 323 名 ＜救急科、内科、精神科＞	USP 他質問 Web 調査	—	救急、ICU の看護師は一般科の看護師と比べて ●未遂者を共感的に理解するのが困難 ●未遂者と個人的な問題について話ができない	3
岩田美智子	精神科のない救命救急センターの看護師の企図者に対する認識を明らかにする	看護師 59 名 ＜救急病院＞	自記式質問紙	再企図リスクを減少させる	●自殺企図患者看護の知識不足 ●看護に対する不安 ○精神科、リエゾンナース、精神科医へのコンサルテーション	3
Egan et al.	未遂者に効果的に関わるための要素を調査する	看護師 97 名 医師 28 名＜救急＞	KSS、CDSS、ASHS	—	(-)自傷についての知識不足 (-)自傷者と関わることへの自信のなさ	3

表 1. 対象文献一覧

著者	研究目的	対象	データ収集方法	注目した心理社会的ケア	ケア実施に影響する要因	EL
Osafo et al.	ガーナにおける未遂者に対する心理士と看護師の態度の違いを明らかにする	看護師 8 名 心理士 9 名<救急>	半構成的インタビュー	—	●看護師の道徳的・宗教的価値観 ●教育の不足 ●未遂者ケアの経験の少なさ	3
黒澤美枝他	岩手県内の救急医療従事者の未遂者への対応の現状と課題を明らかにする	看護師 57 名 医師 57 名<救急>	自記式質問紙	相談機関の情報提供、精神科への紹介、精神科受診を勧める、話を聴く	●精神の専門家が施設に不在 ●経験の少なさ ●対処の知識不足 ○地域資源の連携	3

EL, エビデンスレベル; 1, システマティックレビュー/メタアナリシス/ランダム化比較試験; 2, 非ランダム化試験/その他の準実験的研究; 3, 非実験的記述的研究; 4, 系統的な批判的吟味を受けてない専門家の意見; 福田(2007)の分類を簡略化した。

●ケア実施の障害となるもの ○ケア実施を促進する可能性のあるもの (+) 正の相関があったもの (-) 負の相関があったもの — 記述なし

測定尺度: RSQ, Risk of Suicide Questionnaire; SIQ, Suicide Ideation Questionnaire; SOQ, Suicide Opinion Questionnaire; ATS, Australasian Triage Scale; SHAS, Self Harm Antipathy Scale;

USP, Understanding Suicidal Patients scale; KSS, Knowledge of Self-Harm Scale; CDSS, Confidence in Dealing with Self-Harming and Suicidal Patients Scale; ASHS, Attitudes towards Self-Harm Scale.

第 3 章

再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴：
救急医療機関と精神科医療機関への質問紙調査より

1. はじめに

日本において、自殺未遂による救急医療機関の受診者の実態を、都道府県または大都市の自治体が報告している。例えば大阪府(2012)では、2011年の1年間に大阪府内の14の救命救急センターに搬送された自殺企図者1535例について、このうち未遂者は82%で、20～30代の女性が多く、手段では過量服薬がもっとも多く、精神科受診歴は7割を超えたと報告している。これは、東京都(2008)、栃木県(2010)、岩手県(黒澤他, 2009)、さいたま市(2010)、長野県(渋谷他, 2012)、滋賀県(辻本他, 2011)などの自治体の報告や、岩手県(中山他, 2006)、横浜市(山田・日野, 2012)、福岡市(衛藤他, 2012)、東京都(金井, 2005)などの救命救急センターの報告ともおおそ一致する。一方、医療機関からではなく救急搬送活動を行う消防署の側から見ても、岸和田市(豊田他, 2008)や大分県(影山, 2012)の調査報告は、若い女性の過量服薬が多いという点でおおそ一致している。このうち、大阪府の調査(2012)によると、明らかに死のうとした気持ち、すなわち「死ぬ意図」を確認し記載していた割合は未遂者の66%と報告されているが、どのような症例に確認したか(しなかったか)、という未遂者側の特徴までは報告されていない。また秋田県(2012)の調査では、各医療機関で自殺企図者に今も死にたい気持ちがあるかどうかの確認について調べているが、医療機関単位で75%が確認すると答えているだけで、症例ごとの詳細な報告はない。著者ら(2013)の国内の救命救急センターの看護師の調査では、自傷者に対し希死念慮を確認した看護師が3割しかいなかった。

前章より、救急看護師に求められる未遂者の再企図防止のためのケアの一つは、再企図リスクアセスメントであることが示唆された。企図は本当に死のうとした行為であったのかという明確な死にたい気持ちの確認や、今も死にたい気持ちがあるかどうか、そしてその強さ等は、退院時の判断でもっとも重要な評価項目であり、転帰や今後の精神的ケアの方向性を考慮する上でも重要な情報であるにもかかわらず(西・松岡, 2007)、確認されていないことが少なくない。例えば、イギリスでは、精神科スタッフによるアセスメントなしに救急からそのまま退院した自傷者は、自傷歴あり、20～34歳、攻撃的または治療に非協力的な患者、夜間に搬入された患者との報告がある(Lilian et al., 2001)。

これまでに日本では、アセスメントなしに退院した未遂者の特徴の報告はほとんどないが、何か特徴があるのだろうか。一方で、未遂者に対して死にたい気持ちを確認しない傾向にあるのは、救急だけの特徴だろうか。精神科を受診した未遂者に対しては、再企図リスクアセスメントをする傾向にあるのだろうか。

以上のことから、大分県東部保健所管内の救急告示医療機関 11 病院（うち救命救急センター1 病院）と精神科病院・診療所 15 医療機関を受診した自殺企図者の実態調査の中で、本研究では、死ぬ意図や自殺未遂歴について医療者が未遂者に確認しているかどうかなど、特に再企図リスクアセスメントの視点で医療者が対応したかどうかに注目した。

同管内（大分県の東部二次医療圏に相当）の南端には別府市が位置し、他に 4 市町村が国東半島にかけて続いている。このうち別府市に管内の病院が集中し、ここへは隣接する大分市からの受診も多い。

本研究は、1)救急医療機関、精神科医療機関を受診した自殺企図者それぞれの実態と特徴を比較する、2)「死ぬ意図」「自殺未遂歴」の確認の有無の割合を明らかにする、3)「死ぬ意図」を確認した症例と確認しなかった症例の特徴を比較し、再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴を検討することを目的とする。なお本研究は、大分県東部保健所を中心とする実行委員会が主体として実施し著者らはそのメンバーとして研究に参加した。委員会の承認の下で代表して以下の結果を報告する。

2. 方法

調査は 2012 年 8 月 1 日～2013 年 1 月 31 日の 6 ヶ月間に、大分県東部保健所管内の 11 箇所の救急告知医療機関(以下救急病院)と、15 箇所の精神科医療機関（以下精神科）に協力を求め、時間帯を問わず、自傷または自殺企図で受診した患者に関する匿名化情報の提供を依頼した。すなわち、個人が特定できない情報に関する調査票への記入を保健所が依頼し、調査票は保健所職員が直接、または郵送で、一ヶ月ごとに回収した。調査票には医師または看護師などのスタッフが記入することとした。調査項目は、性別、年齢、搬送・来院日時、事案発生日時、搬送・来院方法、住所、同居者の有無、死ぬ意図の有無、企図手段、過去の自殺未遂、精神疾患の有無、精神科受診歴、身体疾患への罹患、対応後の転帰、紹介先、その他特記事項であった。死ぬ意図の有無については、‘1. 死ぬ意図が明確’

‘2. 死ぬ意図はなかった’ ‘3. 死ぬ意図の有無はあいまい’ ‘4. 死ぬ意図は未確認’ の 4 つの選択肢を示し、1～3 を死ぬ意図を確認あり、4 を確認なしとした。

救急病院と精神科の症例（以下救急病院群／精神科群）の比較、および救急病院群において死ぬ意図を確認した群と確認しなかった群（以下、確認あり群／確認なし群）の比較には、 χ^2 検定および Mann-Whitney の U 検定を用いた。確認あり群と確認なし群の比較では、以下のようなカテゴリー化を行った。すなわち、年齢は「10～30 代」「40～50 代」「60～80 代」の 3 群に、企図手段は、処方薬・市販薬服薬や刃器による手足の切創

など比較的「致死性が低い」群と、それ以外の「致死性が高い」群の 2 群にそれぞれ分類した。なお企図手段が複数の場合は、より致死性が高い手段で分類した。統計解析には、SPSS 日本語版 Ver.18 を用いた。

以上の手続きの倫理性については、東部保健所内の審査委員会（外部委員を含む）で承認を受けた。

3. 結果

3.1 基本的背景

調査期間中に、救急病院群 45 例、精神科群 18 例、計 63 例が、自殺企図により搬送されていた（表 1）。全体の平均年齢は 42.7 歳であり、救急病院群と精神科群の年齢に U 検定では有意差を認めなかった。また、救急病院群と精神科群の性別については有意差を認めなかった。

受診時間帯を日勤帯(午前 9 時～午後 5 時)、夜勤帯(午後 5 時～午前 9 時)に分けると、全体の受診数はほぼ同じであるが、救急病院群は夜間受診が 6 割、逆に精神科群は日勤帯の受診が 6 割であり、救急病院群では夜間が有意に多かった($\chi^2=7.1$, $df=1$, $p=0.013$)。自殺企図から受診までの時間に注目すると、救急病院群は 9 割が企図当日に受診しており、遅くとも 2 日後までにすべて受診しているが、精神科群では、当日、翌日受診が合わせて 56%、企図から 4～8 日後の受診が 33%であり、精神科群では受診までの日数がかかっていた(U 検定, $p=0.000$)。来院方法は、救急病院群ではほとんど(84%)が救急車であるのに対し、精神科群では救急車 28%、家族の引率が 44%、自分で来院が 22%で、有意差があった($\chi^2=23.1$, $df=2$, $p=0.000$)。

保健所管内からの受診は全体で 84%、それ以外からが 14%であったが、救急病院群では管内からが 93%を占める一方、精神科群ではそれ以外の地域から 4 割近く受診していて、この点も救急病院群と精神科群で有意差があった($\chi^2=12.9$, $df=2$, $p=0.002$)。同居者の有無、身体疾患の有無については、救急病院群、精神科群での差は認められなかった。

なお、同地域の未遂事例は 63 例から死亡の 6 例を除いた 57 例でその発生率は 53.5(人口 10 万・年あたり、以下同じ)であった。救急車で救急病院に搬送された例に限ると 32 例で、発生率は 30.0 であった。これは本調査未遂事例の 56%であり、それ以外は救急車以外の一般車両での救急受診や精神科への受診であった。

3.2 自殺企図手段

自殺企図手段の内訳を表 2 に示す。ただし 11 例では、複数の手段を用いていた。処方薬および市販薬の薬物服薬があわせて 59% ともっとも多く、手足の切創 14% がこれに次いだ。救急病院群と精神科群で企図手段の致死性の高い手段と低い手段の割合に差は認められなかった。

3.3 死ぬ意図と既往歴

自殺企図者の死ぬ意図と既往歴を表 3 に示した。全体では死ぬ意図を確認した症例が 63% であったが、救急病院群では 53%、精神科群では 89% で、後者で有意に高い割合であった ($\chi^2=7.0$, $df=1$, $p=0.008$)。全体の死ぬ意図の内訳は、明確であったものが 37%、なかったものが 10%、あいまいなものが 17%、未確認が 37% であった。ただし、救急病院群では、死ぬ意図の内訳が明確であったものが 36%、なかったものが 9%、あいまいなものが 9%、未確認が 47%、精神科群では、死ぬ意図の内訳が明確であったものが 39%、なかったものが 11%、あいまいなものが 39%、未確認が 11% で救急病院群では死ぬ意図が未確認が有意に多かった ($\chi^2=8.3$, $df=2$, $p=0.015$)。

過去の自殺未遂歴については、全体では 65% の症例で確認していたが、救急病院群では 56%、精神科群では 89% であり、後者で有意に高い割合であった ($\chi^2=6.3$, $df=1$, $p=0.018$)。全体の自殺未遂歴の内訳は、なしが 21%、ありが 44%、不明が 35% であった。ただし、救急病院群では、なしが 13%、ありが 42%、不明が 44%、精神科群では、なしが 39%、ありが 50%、不明が 11% で、救急病院群では未遂歴不明が有意に多かった ($\chi^2=8.3$, $df=2$, $p=0.015$)。

救急病院群において、死ぬ意図および未遂歴の両方を確認したのは 27%、死ぬ意図のみ確認したのは 27%、未遂歴のみ確認したのは 29%、どちらも確認していないのが 18% であった。精神科群では、両方確認したのが 78% であった。

全体の 7 割に精神疾患があり、73% に精神科受診歴があって、6 割近くが現在精神科に通院中であった。精神疾患の有無については、救急病院群と精神科群の差は認められなかった。

3.4 救急搬送後の転帰

救急搬送後の転帰と紹介先の有無を表 4 に示す。全体では、自院に入院が最も多く (56%)、ついで帰宅 (24%)、精神科へ転院 (10%)、死亡 (10%) であった。既遂つまり死亡の 6 例 (10%) は、救急病院群のみでみられた。転帰について救急病院群と精神科群での差は認められなかった。紹介先の有無についても同様に差は認められなかった。

3.5 救急病院群における死ぬ意図の確認の有無と諸要因の関連

救急病院群では、死ぬ意図を確認していない例が 47%にのぼり、精神科群よりはるかに多かった。救急病院群 45 例から既遂 6 例を除いた 39 例について、確認あり群と確認なし群の比較を行った結果を表 5 に示す。確認なし群では確認あり群に比べ、10～30 代が多い傾向にあり ($\chi^2=7.1$, $df=1$, $p=0.029$)、夜勤帯の搬送に多く ($\chi^2=2.7$, $df=1$, $p=0.099$)、致死性の低い手段をとっている者が多い傾向にあった ($\chi^2=4.0$, $df=1$, $p=0.046$)。転帰では、確認なし群には帰宅が多く、確認あり群には入院が多かった ($\chi^2=11.6$, $df=2$, $p=0.003$)。

さらに、転帰と死ぬ意図の確認の関連を詳しくみるために、性・年齢・搬送時間帯・企図手段・または未遂歴確認の有無別に検討をおこなった(表 6)。男性、および 60～80 代には帰宅者は全くいなかったが、女性 ($\chi^2=6.6$, $df=2$, $p=0.036$)、10～30 代 ($\chi^2=10.8$, $df=2$, $p=0.005$)、および夜間搬送 ($\chi^2=8.4$, $df=2$, $p=0.015$)の帰宅者で死ぬ意図の確認なしが有意に多かった。致死性が高く入院となった未遂者では全例に死ぬ意図を確認していたが、致死性が低く入院となった未遂者では半数近く確認していなかった。また、未遂歴確認なしで入院した人にはほとんど死ぬ意図を確認できていたが、他院転送、帰宅の人は確認なしの割合が高かった ($\chi^2=9.0$, $df=2$, $p=0.011$)。

なお、精神科群の死ぬ意図を確認していない例は、18 例中 2 例であり、確認あり群との統計的な比較は困難であった。うち、1 例は 20 代女性、処方薬服薬で帰宅していた。もう 1 例は、40 代女性で、農薬服薬で入院していた。

4. 考察

4.1 救急病院群と精神科群の実態と特徴

救急病院群を見ると、企図手段の半数が過量服薬、15%程度が切創で、6割程度が精神科に通院中であった。転帰については、入院が約半数、帰宅が約 3 割、既遂者が約 1 割と、他の救急医療機関での調査とほぼ同様の傾向を示した(大阪府, 2012; 東京都, 2008; 栃木県, 2010; 黒澤他, 2009; さいたま市, 2010; 渋沢他, 2012; 辻本他, 2011; 中山他, 2006; 山田・日野, 2012; 衛藤他, 2012; 金井, 2005)。ただし、秋田県(2012)では、既遂が 26%と他地域より高く、企図手段は過量服薬が 33%と一番多いが、縊首も約 3 割で本調査と異なる傾向が報告されている。さらに上記の結果や年齢分布は、大分県の消防署における救急搬送事例の調査報告(影山, 2012)とも

ほぼ一致した。また、救急車で救急病院へ搬送された未遂事例の発生率 30.0 は北東北 3 県の調査 (Yonekawa et al., 2006) の 32.2 や、大分県の消防署における調査(影山, 2012)の 32.5 とほぼ一致した。ただし、実際には未遂者の 4 割は、救急車を使わず自家用車で救急病院や精神科へ受診していることも明らかになった。

一方、精神科群の自殺企図手段や転帰については、救急病院群と差がなかったが、いくつかの点で救急病院群と差が見られた。すなわち、既遂者はみられず、企図から受診までの時間が長く、家族または自身で受診する割合が高かった。これらのことから、「搬送」というよりも、身体的には重症でない症例が、身体状態が落ち着いてから日中に、ふだん通院している精神科に受診したケースが多いのではないかと推測できる。なお、保健所管轄外からの受診が多かったのは、管内の精神科病院が集中する別府市が地域の端にあり、隣接する大分市からの通院者も多いためと考えられる。

4.2 死ぬ意図を確認した割合と確認しなかった症例の特徴

精神科群では 9 割の症例で、死ぬ意図および未遂歴を確認していた。精神科では、自殺企図者の特徴に関わらず、確認すべきことを確認しているといえる。この理由としては、患者の精神的アセスメントは精神科では日常的に必須であることに加え、前記のように比較的軽症の患者が多く、しかもふだん通院している患者が多いことから、これまでも医療者と患者の関わりがあった可能性が考えられる。

一方、救急病院群では死ぬ意図を確認していない症例が半数近くあり、その特徴として、①10～30 代、②夜間搬送、③致死性の低い手段、④帰宅があげられた。これまで、救急病院へ搬送された自殺企図者の報告では、通院している精神科から処方された薬物を過量服薬または切創して搬送された若い女性が多いという結果が多い(山田・日野, 2012; 保坂, 2007)が、本研究では特に、帰宅した女性のほとんどについては死ぬ意図の確認をしていなかった。すなわち、まさしく救急病院で多いといわれる、致死性が低く身体的に比較的軽症のタイプの症例に対してこそ、救急医療スタッフは死ぬ意図の確認をしていない、という事実が明らかになった。逆に、確認あり群の特徴は、入院が多いことであった。入院例では退院までに時間があるので、その間に死ぬ意図の確認を行う時間の余裕を持てたということかもしれない。他方、帰宅者は入院治療の必要がないほど軽症だったわけで、身体的に軽症の症例では死ぬ意図の確認が行われにくいことがわかる。そのような自傷患者に対して救急医療スタッフは、「これは死によって何かを解決しようとする‘自殺’ではなく、生きるために苦痛の即効的緩和を図った‘自傷’ (Walsh & Rosen, 松本・山口訳, 2005) であり、死亡のリスクは低い」と判断して対応しているのかもしれない。

また救急病院では、死ぬ意図及び未遂歴の確認が精神科より有意に行われていないこと、両者のうち一方しか確認していない症例が少なくないことが明らかになった。死ぬ意図も未遂歴も共に自殺のリスク要因であり、必須のアセスメント項目であるが、必ずしも系統的なアセスメントができていないと考えられた。

このような状況に対して、救急医療者の経験による対応の差を少なくし、系統的なアセスメントを行うための方策として大谷ら(2010)は、電子カルテ上に過量服薬患者に対するアセスメントシートを作成し、救急において搬送された自殺企図者の再企図リスクのアセスメントと、安全確保のためのアセスメントを行ったところ、精神科コンサルト率が上がり、希死念慮に対する看護観察の記録が増加したと報告している。このような、医師・看護師・ソーシャルワーカー等が情報を共有できるツールを使用し、手順を明確にすることが、自殺リスクアセスメントを系統的に行うために有効な手段の一つであると考えられる。救急病院では、自殺企図者の搬送は夜間に多いので、死ぬ意図の確認なしに帰宅している割合が高いのは、単にマンパワー不足で手が回らないからかもしれないが、マンパワー不足であればなおのこと、救急に入院中の再企図を防ぐためにも、系統的なアセスメントのしくみを整える必要がある。

4.3 本調査の限界と今後の課題

最後に本調査の限界について考察する。一地域の複数医療機関で6ヶ月間の事例をデータ収集したが、全部で63例のデータしか収集できなかった。今後の調査でデータの信頼性を高めるには、より範囲を広げて調査を行うことと、調査期間を延ばし事例数を多くすることが必要である。また、本調査では自殺企図・自傷を繰り返して搬送されるいわゆるリピーターであるかどうかは調査していない。

加えて医療者側の条件は考慮していない。すなわち、医療者がアセスメントツールを使用していたか、教育を受けていたかはたずねていないことと、自殺企図者に医療者は否定的な態度を持つ報告(広常, 1994; 福田他, 2006; 小林・横内, 2010; McHale & Felton, 2010)が多数あり、そういった否定的態度をもつ医療者が死ぬ意図をあえて確認しなかったという可能性もあることについて考慮していない。これら医療者側の条件の検討は、次の課題である。

また、精神科については普段通院している患者が、かかりつけの病院に受診したと推測したが、その点は質問紙では確認していない。受診時にたずねなくてもそれまでの通院の中で未遂歴の有無について医療者が情報を持っていた可能性もある。この点は本研究の限界である。

しかし、一地域における複数医療機関への搬送例を分析した本調査は、今後地域で自殺予防対策を推進していく上での貴重な資料の一つであり、保健所を中心として今回の調査に取り組むことで、医療機関と保健所行政が地域支援の連携を作っていくきっかけの一つにもなったと考えられる。今後への提案として、例えば地域に自殺未遂者対応のコーディネーターを一人配置し、救急の医療者は企図者の退院時にそこへ相談すればよいという仕組みができれば、地域の精神科や援助機関により確実につながることができるのではないかという意見も出ている。どの医療機関も軽症の頻回企図者への対応に苦慮しており、現時点では長期にわたる心理支援以外に有効な方策はないといわれている(人見, 2007)。

長期にわたる心理支援を地域の精神科を中心とする関係機関で行うために、救急病院、精神科、さらに各援助機関を橋渡しできる地域における支援のしくみづくりが重要である。

5. 結論

大分県東部保健所管内の救急病院と精神科病院で、6ヶ月の間に自傷または自殺企図で受診した患者の実態を調査し、再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴を明らかにした。企図者の実態については、救急病院群は、企図手段の半数が過量服薬、6割が精神科に通院中であった。転帰は、入院が約半数、帰宅が約3割と、他の救急医療機関の調査とほぼ同様の傾向であった。精神科群は、身体状態が落ち着いてからふだん通院している精神科に受診した場合が多いと推察された。

再企図リスクアセスメントについて、死ぬ意図の有無を確認していた症例は精神科群では89%、救急病院群では53%であった。救急病院群で、死ぬ意図を確認していない未遂者は、年齢が低く、夜間搬送・致死性の低い手段による企図・帰宅という特徴があった。死ぬ意図と自殺未遂歴の一方しか確認していない症例も多く、自殺リスクの系統的なアセスメントが行われていないことが推察された。

本調査では、死ぬ意図を確認しなかった未遂者の特徴は明らかになったが、医療者側の理由は明らかになっていない。どのような条件があれば救急看護師が未遂者の再企図リスクアセスメントを実施できるだろうか。例えば、系統的にアセスメントができるようなツールの使用や教育、退院時に患者を地域の適切な援助機関につなぐためのしくみを構築すること等が有効と考えるが、そのような組織的な準備の現状と実際のケアとの関連を調査することが次の課題である。

引用文献

- 秋田県 (2012). 秋田県自殺未遂者実態調査報告書.
<http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1331005312522/index.html>
- 衛藤暢明, 喜多村泰輔, 田中経一他 (2012). 救命救急センターに搬送された自殺企図者の特徴－自殺予防に向けた初回自殺企図および自殺企図の再発に関する後方視的研究. 福岡大医紀 39(2):179-189, 2012.
- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ他 (2006). 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度. 日本看護学会誌 15(2): 15-24.
- 広常秀人 (1994). 自殺未遂－生命の否定と救急医のジレンマを乗り越える. 救急医学 18:1799-1801.
- 人見佳枝 (2007). 再企図が予防可能な自殺企図はあるか－重症度、企図回数から見た自殺企図の実態. 医学のあゆみ 221:217-220.
- 保坂隆 (2007). 自殺企図者の背景－自殺企図者 1000 例の検討. 医学のあゆみ 221:207-210.
- 影山隆之 (2012). 大分県において「自損行為」で救急車が出動した事例の発生率と性・年齢分布 自殺予防と危機介入 32(1):53-59.
- 金井理恵 (2005). 帝京大学病院救命救急センターに入院した自殺未遂患者の精神医学的検討. 帝京医学雑誌 28:217-228.
- 小林怜美, 横内光子 (2010). 救急医療における自殺企図患者への看護ケア. 日本救急看護学会雑誌 12(3):181.
- 黒澤美枝, 前川貴美子, 小野田敏行他 (2009). 岩手県指定救急機関における自殺未遂者の実態調査. トラウマティックストレス 7(2):70-75.
- Lilian H., Keith H., Joan F., et al (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment A neglected population at risk of suicide. Journal of Psychosomatic Research 50: 87-93, 2001.
- McHale J, Felton A (2010). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 17:732-740.
- 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫他 (2006). 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査. 精神医学 48:119-126.
- 西大輔, 松岡豊 (2007). 希死念慮の適切な評価－救命救急センターにおける自殺未遂者との面接を通して 医学のあゆみ 221:221-224.
- 大阪府 (2012). 大阪府自殺未遂者実態調査報告書. 関西医科大学付属滝井病院, http://www.pref.osaka.jp/hodo/attach/hodo-10184_8.pdf.

- 大谷典生，前田千尋，柳澤八恵子他（2010）．自殺企図患者に対する再企図リスク評価シート運用－専属精神科医不在の救命救急センターとしての試み．中毒研究 23:47-53.
- さいたま市（2010）．救急医療機関における自傷・自殺企図患者に対する調査報告書．
<http://www.city.saitama.jp/www/contents/1277174515998/files/houkokusyo001.pdf>.
- 渋谷知佳子，小泉典章，松本清美他（2012）．自殺企図者における過量服薬に関する実態調査．信州公衆衛生雑誌，7:38-39.
- 杉本圭以子，影山隆之（2013）．自傷患者に対する救急看護師の関わりの実態と関連要因．日本看護科学会誌 33(1):52-60.
- 栃木県（2010）．平成21年度栃木県自殺未遂者実態調査報告書．
<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e05/welfare/hoken-eisei/jisatsutaisaku/documents/1269853905430.pdf>.
- 東京都（2008）．救急医療機関における自殺企図患者などに関する調査報告書．
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2008/07/DATA/60i7f201.pdf>.
- 豊田泰弘，中山厚子，藤原秀一他（2008）．大阪府岸和田市における救急活動記録から見た自殺企図者の実態調査．日本公衆衛生雑誌 55: 247-253.
- 辻本哲士，辻元宏，山田尚登（2011）．公的救援機関が関わりを持った自殺企図者の実態．精神神経学雑誌 113:1076-1085.
- 山田朋樹，日野耕介（2012）．救命救急センターにおける過量服薬と危機介入．第107回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 精神神経学雑誌 154-162.
- Yonekawa C, Nakae H, Tajimi K, et al (2006). An analysis of ambulance-transported cases of attempted suicide in 3 prefectures (Akita, Aomori, and Iwate) in the northern Tohoku area in Japan. Japan Medical Association Journal, 49, 345-350.
- Walsh B., Rosen P. (著)／松本俊彦、山口亜希子(訳) (2005)：自傷行為，金剛出版，東京．25-61.

表 1 基本的属性

人 (%) ns ; 有意差なし

変数とカテゴリー		全体 n=63 (100)	救急 n=45 (71)	精神科 n=18 (29)	群間の比較
性別	男性	19 (30)	15 (33)	4 (22)	$\chi^2=1.1$
	女性	41 (65)	27 (60)	14 (78)	ns
	無回答	3 (5)	3 (5)	0 (0)	
年齢	10 代	5 (8)	4 (9)	1 (6)	U 検定
	20 代	15 (24)	13 (29)	2 (11)	ns
	30 代	10 (16)	4 (9)	6 (33)	
	40 代	12 (19)	6 (13)	6 (33)	
	50 代	11 (17)	10 (22)	1 (6)	
	60 代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	70 代	6 (10)	4 (9)	2 (11)	
	80 代	4 (6)	4 (9)	0 (0)	
	平均±標準偏差, 歳	42.7±19.8	43.3±21.6	41.3±15.1	
搬送時間帯	AM9～PM5	28 (44)	17 (38)	11 (61)	$\chi^2=7.1$
	PM5～AM9	31 (49)	28 (62)	3 (17)	p=.013
	無回答	4 (6)	0 (0)	4 (22)	
発生日から	当日	44 (70)	41 (91)	3 (17)	U 検定
搬送日までの 日数	1 日後	9 (14)	2 (4)	7 (39)	p=.000
	2 日後	2 (3)	2 (4)	0 (0)	
	4 日後	2 (3)	0 (0)	2 (11)	
	6 日後	2 (3)	0 (0)	2 (11)	
	8 日後	1 (2)	0 (0)	1 (11)	
	無回答	3 (5)	0 (0)	3 (17)	
来院方法	救急車	43 (68)	38 (84)	5 (28)	$\chi^2=23.1$
	家族等の引率	15 (23)	7 (16)	8 (44)	p=.000
	自分で	4 (6)	0 (0)	4 (22)	
	無回答	1 (2)	1 (2)	0 (0)	
<救急車搬送の内訳>	直接	30 (47)	29 (64)	1 (6)	
	転送	6 (10)	3 (7)	3 (17)	
住所	別府市	37 (59)	28 (62)	9 (50)	$\chi^2=12.9$
	別府市以外の管内	16 (25)	14 (31)	2 (11)	p=.002
	上記以外	9 (14)	2 (4)	7 (39)	
	無回答	1 (2)	0 (0)	1 (6)	
同居者の有無	なし	14 (22)	7 (16)	7 (39)	$\chi^2=4.6$
	あり	47 (75)	36 (80)	11 (61)	ns
	不明	2 (3)	2 (4)	0 (0)	

変数とカテゴリー		全体 n=63 (100)	救急 n=45 (71)	精神科 n=18 (29)	群間の比較
身体疾患有無	なし	42 (67)	30 (67)	12 (67)	$\chi^2=1.6$
	あり	13 (21)	8 (18)	5 (28)	ns
	不明	8 (13)	7 (16)	1 (6)	

注) %は、小数点第1位を四捨五入して求めたので、切り上げたり、切り捨てたりすることによって、合計が100%にならない項目がある。

表 2 自殺企図手段

人(%) ns ; 有意差なし

企図手段		全体 n=63 (100)	救急 n=45 (71)	精神科 n=18 (29)	群間の比較
致死性 低群	: 処方薬、市販薬、手足刃器	38 (60)	26 (58)	12 (67)	$\chi^2=0.40$
致死性 高群	: 上記以外の手段	21 (33)	16 (36)	5 (28)	ns
<内訳>					
薬物	処方薬	34 (54)	23 (51)	11 (61)	
	市販薬	3 (5)	2 (4)	1 (6)	
	毒物、農薬	2 (3)	1 (2)	1 (6)	
ガス（練炭含む）		5 (8)	4 (9)	1 (6)	
飛び込み		1 (2)	1 (2)	0 (0)	
飛び降り（橋、歩道橋など含む）		3 (5)	2 (4)	1 (6)	
刃器、刺器	手足	9 (14)	7 (16)	2 (11)	
	頸部・胸部・腹部	6 (10)	5 (11)	1 (6)	
縊首		4 (6)	3 (7)	1 (6)	
入水		0 (0)	0 (0)	0 (0)	
その他		4 (6)	3 (7)	1 (6)	

注) 複数手段をとった者が11名いるので、合計が100%を超える。

その他は手段の詳細不明なので、致死性低群、高群どちらにも分類していない。

表3 死ぬ意図と既往歴（救急と精神科の比較）

人(%) ns; 有意差なし

変数とカテゴリー		全体 n=63 (100)	救急 n=45 (71)	精神科 n=18 (29)	群間の比較
死ぬ意図	確認あり(明確, なかった, あいまい)	40 (63)	24 (53)	16 (89)	$\chi^2=7.0$
	確認なし	23 (37)	21 (47)	2 (11)	p=.008
<内訳>	死ぬ意図が明確	23 (37)	16 (36)	7 (39)	$\chi^2=11.2$
	死ぬ意図はなかった	6 (10)	4 (9)	2 (11)	p=.011
	死ぬ意図の有無あいまい	11 (17)	4 (9)	7 (39)	
	死ぬ意図は未確認	23 (37)	21 (47)	2 (11)	
過去の自殺未遂	確認あり(なし, あり, 不明)	41 (65)	25 (56)	16 (89)	$\chi^2=6.3$
	確認なし	22 (35)	20 (44)	2 (11)	p=.018
<内訳>	なし	13 (21)	6 (13)	7 (39)	$\chi^2=8.3$
	あり	28 (44)	19 (42)	9 (50)	p=.015
	不明	22 (35)	20 (44)	2 (11)	
死ぬ意図と未遂歴	ともに確認あり	26 (41)	12 (27)	14 (78)	
	死ぬ意図のみ確認	14 (22)	12 (27)	2 (11)	
	未遂歴のみ確認	15 (24)	13 (29)	2 (11)	
	どちらも確認なし	8 (13)	8 (18)	0 (0)	
精神疾患	あり	44 (70)	28 (62)	16 (89)	$\chi^2=4.8$
	なし	10 (16)	8 (18)	2 (11)	ns
	確認するも不明	3 (5)	3 (7)	0 (0)	
	未確認	5 (8)	5 (11)	0 (0)	
精神科受診歴	なし	13 (21)	11 (24)	2 (11)	
	あり	46 (73)	30 (67)	16 (89)	
	確認するも不明	1 (2)	1 (2)	設問なし	
	未確認	3 (5)	3 (7)	設問なし	
<あり の内訳>	通院中・入院中	37 (59)	25 (56)	12 (67)	
	現在通院していない	4 (6)	3 (7)	1 (6)	
	現在通院しているか不明	5 (8)	2 (4)	3 (17)	

注) 無回答者がいるため合計が100%にならない項目がある。

%は、小数点第1位を四捨五入して求めたので、切り上げたり、切り捨てたりすることによって、合計が100%にならない項目がある。

精神科受診歴は救急でしか質問していない項目があるので比較していない。

表 4 救急搬送後の転帰と紹介先の有無（救急と精神科の比較）

人(%) ns ; 有意差なし

変数とカテゴリー		全体 n=63 (100)	救急 n=45 (71)	精神科 n=18 (29)	群間の比較
転帰	自院入院	35 (56)	24 (53)	11 (61)	$\chi^2=6.0$
	他院転送	6 (10)	6 (13)	0 (0)	ns
	帰宅	15 (24)	9 (20)	6 (33)	
	死亡	6 (10)	6 (13)	0 (0)	
	無回答	1 (2)	0 (0)	1 (6)	
<内訳>	自院入院	精神科	12 (19)	1 (2)	11 (61)
		それ以外	20 (31)	20 (44)	0 (0)
		不明	3 (5)	3 (7)	0 (0)
	他院転送	精神科	6 (10)	6 (13)	0 (0)
		それ以外	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	帰宅	通院指示あり	6 (10)	設問なし	6 (33)
		通院指示なし	0 (0)	設問なし	0 (0)
		通院指示不明	9 (14)	9 (20)	0 (0)
紹介先有無	なし	45 (71)	33 (73)	12 (67)	$\chi^2=1.3$
	あり	14 (22)	8 (18)	6 (33)	ns

注) %は、小数点第1位を四捨五入して求めたので、切り上げたり、切り捨てたりすることによって、合計が100%にならない項目がある。

表5 救急病院群における死ぬ意図の確認の有無と諸要因の関連

人(%) n=39 ns ; 有意差なし

変数	カテゴリー	確認あり n=21 (54)	確認なし n=18 (46)	群間の比較
性別	男性	8 (38)	4 (22)	$\chi^2=1.4$
	女性	11 (52)	13 (72)	ns
年齢	10～30 代	7 (33)	13 (72)	$\chi^2=7.1$
	40～50 代	10 (48)	2 (11)	p=.029
	60～80 代	4 (19)	3 (17)	
搬送時間帯	AM9～PM5	10 (48)	4 (22)	$\chi^2=2.7$
	PM5～AM9	11 (52)	14 (77)	p=.099
搬送日	当日	18 (86)	17 (94)	$\chi^2=1.8$
	1 日後	2 (10)	0 (0)	ns
	2 日後	1 (5)	1 (6)	
来院方法	救急車	19 (90)	13 (72)	$\chi^2=2.2$
	家族等の引率	2 (10)	5 (28)	ns
住所	別府市	12 (57)	13 (72)	$\chi^2=1.3$
	別府市以外の管内	7 (33)	5 (28)	ns
	上記以外	1 (5)	0 (0)	
同居者	なし	3 (14)	4 (22)	$\chi^2=3.1$
	あり	18 (86)	12 (67)	ns
	不明	0 (0)	2 (11)	
身体疾患	なし	15 (71)	13 (72)	$\chi^2=0.05$
	あり	4 (19)	3 (17)	ns
	不明	2 (10)	2 (11)	
未遂歴	過去の自殺未遂	なし	4 (19)	$\chi^2=3.5$
		あり	7 (33)	ns
		不明	10 (48)	
精神疾患	あり	15 (71)	13 (72)	$\chi^2=2.0$
	なし	4 (19)	2 (11)	ns
	不明	1 (5)	2 (11)	
	未確認	0 (0)	1 (6)	
精神科受診歴	なし	6 (29)	3 (17)	$\chi^2=1.8$
	あり	15 (71)	14 (78)	ns
	不明	0 (0)	0 (0)	
	未確認	0 (0)	1 (6)	
企図手段	致死性 低群	10 (48)	15 (83)	$\chi^2=4.0$
	致死性 高群	9 (43)	3 (17)	p=.046
転帰	自院入院	18 (86)	6 (33)	$\chi^2=11.6$
	他院転送	2 (9)	5 (28)	p=.003
	帰宅	1 (5)	7 (39)	

変数	カテゴリー	確認あり n=21 (54)	確認なし n=18 (46)	群間の比較
紹介先	なし	13 (62)	14 (78)	$\chi^2=0.5$
	あり	5 (24)	3 (17)	ns

注) 無回答者がいるため合計が 100%にならない項目がある。

%は、小数点第 1 位を四捨五入して求めたので、切り上げたり、切り捨てたりすることによって、合計が 100%にならない項目がある。

表 6 救急病院群における死ぬ意図の確認の有無と転帰の関連（背景要因別の比較） 人(%) n=39 ns ; 有意差なし

変数	カテゴリー		確認あり n=21 (54)	確認なし n=18 (46)	群間の比較
性 * 転帰	男	自院入院	7 (78)	2 (22)	$\chi^2=2.0$
		他院転送	1 (33)	2 (67)	ns
		帰宅	0 (0)	0 (0)	
	女	自院入院	9 (69)	4 (31)	$\chi^2=6.6$
		他院転送	1 (33)	2 (67)	p=.036
		帰宅	1 (13)	7 (87)	
年齢 * 転帰	10～30 代	自院入院	7 (70)	3 (30)	$\chi^2=10.8$
		他院転送	0 (0)	3 (100)	p=.005
		帰宅	0 (0)	7 (100)	
	40～50 代	自院入院	7 (78)	2 (22)	$\chi^2=0.8$
		他院転送	2 (100)	0 (0)	ns
		帰宅	1 (100)	0 (0)	
	60～80 代	自院入院	4 (80)	1 (20)	$\chi^2=3.7$
		他院転送	0 (0)	2 (100)	ns
		帰宅	0 (0)	0 (0)	
搬送時間帯 * 転帰	AM9～PM5	自院入院	8 (89)	1 (11)	$\chi^2=3.9$
		他院転送	1 (33)	2 (67)	ns
		帰宅	1 (50)	1 (50)	
	PM5～AM9	自院入院	10 (67)	5 (33)	$\chi^2=8.4$
		他院転送	1 (25)	3 (75)	p=.015
		帰宅	0 (0)	6 (100)	
企図手段 * 転帰	致死性低群	自院入院	8 (57)	6 (43)	$\chi^2=4.0$
		他院転送	1 (25)	3 (75)	ns
		帰宅	1 (14)	6 (86)	
	致死性高群	自院入院	8 (100)	0 (0)	$\chi^2=8.4$
		他院転送	1 (33)	2 (67)	p=.015
		帰宅	0 (0)	1 (100)	
未遂歴確認 * 転帰	未遂歴確認あり	自院入院	9 (64)	5 (36)	$\chi^2=4.1$
		他院転送	1 (33)	2 (67)	ns
		帰宅	1 (17)	5 (83)	
	未遂歴確認なし	自院入院	9 (90)	1 (10)	$\chi^2=9.0$
		他院転送	1 (25)	3 (75)	p=.011
		帰宅	0 (0)	2 (100)	

注) 内訳の%は、1 行で 100%になるよう表示している

第 4 章

未遂者への再企図リスクアセスメントと
組織的準備との関連：看護師への質問紙調査より

1. はじめに

近年、いくつかの救急医療機関（以下、救急）において、「自殺未遂者（以下、未遂者）の再企図リスクのアセスメントツール（以下、アセスメントツール）や、病院独自の未遂者対応の手引きを使用することで、精神科との連携がとりやすくなった」との報告が散見される（奥間他, 2012; 長田他, 2012）。だが、看護師への教育やアセスメントツールの活用などの組織的な準備の状況を、杉本ら(2013a)の2次救急、3次救急医療機関の看護師に対する調査で見ると、自傷患者看護に関する教育研修を受けたのは回答者250名中38名(15%)、アセスメントツールがあると答えたのは10名(4%)であり、救急における未遂者ケアに対する組織的な準備は十分ではないようである。ただしその中でも、教育を受けた経験がある看護師、アセスメントツールが職場にある看護師は、自傷患者にどんな理由があったのか、死にたいのかをたずねることが有意に多いことも示されている。

ここで、第3章で述べたように、一地域の救急医療機関では精神科医療機関と比べ未遂者に死ぬ意図を確認しておらず、確認しなかった未遂者の特徴は明らかになった。しかし、その際の医療者側の理由は明らかになっていない(杉本他, 2013b)。上記のように、未遂者へのケアに関する教育やアセスメントツールは、未遂者の死ぬ意図の確認をはじめとする再企図リスクアセスメント実施につながる組織的な準備の一つと考えられる。

そこで、本研究では対象となる範囲を広げ、全国の救命救急センターを対象に調査を行った。これにより、教育、アセスメントツールなど未遂者ケアに対する組織的な準備の現状と、その組織的な準備と看護師が未遂者に対して実施したケアとがどう関連しているかを明らかにすることが目的である。その結果から教育やアセスメントツールが再企図リスクアセスメント実施につながるかどうかを検討した。

2. 方法

2.1. 調査対象、調査方法及び調査期間

調査対象は、日本救急医学会のホームページに公開されている全国の救命救急センター241施設の救急部門に勤務している看護スタッフとした。各施設の看護部長に調査依頼書、質問紙、返信用封筒を2014年2月に郵送し、1施設につき看護師10名への質問紙配布を依頼した（人選は

看護部長に一任)。協力者には、回答後の質問紙を各自で返信用封筒に入れ、2014年4月末までに郵送してもらうよう依頼した。

2.2 調査内容

対象者の属性として、年齢、性別、職位、臨床経験年数、救急経験年数、精神科経験の有無、所属病院の種類、未遂者への看護経験の有無について質問した。未遂者に対して実施したケアとして、2章で述べた著者の文献研究(杉本, 2014)を参考に、再企図リスクアセスメント、安全の提供、退院時の連携を表す具体的な問い各3問計9問と、身体的治療や情報収集など基本的な対応を示す3問、未遂者への配慮を表す「静かな環境を提供する」「時間をとって話を聞く」ことを問う2問合計14問を用いて、実施したかどうかたずねた。未遂者への看護に対する認識として、筆者ら(2013a)の調査で使った質問項目から、「対応の不安」を問う3問と自傷患者への看護の「やりがい」があるかを問う1問、そして教育を受けた成果と考えられる「自傷患者への看護に意義がある」、「どんな看護をした良いか明確にわかっているか」どうかを問う2問合計6問を用いて「とてもそう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえば思わない」「そう思わない」の4択で質問した。未遂者へのケアに対する組織的準備として、研修参加の有無、ガイドライン・アセスメントツールの有無と活用方法について質問した。研修に参加なしの場合、その理由も質問した。なお、使用した質問紙は、「自殺未遂者へ対応を行う救急部看護師への支援体制の実態調査」として他の質問項目も含んだものであった。本研究はその中の一部の回答を分析した。

2.3 分析方法

「未遂者に対して実施したケア」「未遂者ケアに対する組織的準備」それぞれの問いについて、回答者数(%)を算出した。次に、未遂者への看護に対する認識と組織的準備との関連についてU検定を行った。次に、未遂者に対する再企図リスクアセスメントの各問いの答えを「した群」「しない群」に分け、教育、ガイドライン、アセスメントツールなどの組織的準備の要因と、未遂者ケアの経験人数や認識などの看護師個人の要因により再企図リスクアセスメント実施に差があるかどうかをノンパラメトリック検定(Speamanの順位相関係数、 X^2 検定、フィッシャーの直接確率法、Mantel-Haenszelの X^2 検定、及びCochran-Mantel-Haenszelの調整オッズ比)により検討した。なお、教育は「研修に参加したかどうか」の問いにより「受けた群」「受けない群」に分けた。

2.4 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、調査依頼書へ本調査への参加および回答は自由であり、拒否しても対象者に不利益が生じないこと、回答から個人や施設は特定されないこと、質問紙の返信をもって同意とみなすことを明記し、質問紙の返送をもって同意確認とした。以上の手続きは、筆者の所属機関の研究倫理安全委員会の承認を得た。

3. 結果

3.1 対象者の背景

有効回答者（率）は、399名(16.6%)で、救急経験年数の平均は6年、公立病院所属が44%、大学病院が29%であった。また97%に未遂者への看護の経験があった(表1)。

3.2 未遂者に対して実施したケア

身体的処置や情報収集、状況説明などの基本的な対応や、安全確保のための密な観察、危険物の除去、抑制などは、未遂者の看護経験がある387名のうち7～9割が経験していた(表2)。落ち着いて休める環境の提供やゆっくり話をきくといった未遂者への配慮は4～6割、企図の理由や死にたい気持ちをたずね、再企図リスクをアセスメントすることは4割が経験していた。精神科との連携は5割、院内のソーシャルワーカーや心理士との連携は3割、保健所との連携は1割が経験していた。

3.3 未遂者ケアに対する組織的準備

未遂者への対応についての研修や教育についての情報が得られる看護師は28%、実際に研修に参加したのは全体の10%であった。情報が得られても参加しない看護師は全体の26%おり、そのほとんどが「参加する時間がない」、「興味・関心がない」ことを、参加しなかった理由と答えていた。未遂者対応のガイドラインがあるのが18%、活用しているのが全体の7%、あるが活用していないのが全体の9%であった。アセスメントツールがあるのが7%、活用しているのが全体の4%、あるが活用していないのが全体の3%であった（表3）。

3.4 未遂者ケアに対する認識と組織的準備との関連

未遂者へのケアに対する認識について、教育、ガイドライン、アセスメントツールの組織的準備と関連があったのは、教育の有無と「どう対応したらよいかわからない」という認識であった。教育を受けていない看護師は、どう対応したらよいかわからないと答える傾向にあった(Mann-Whitney の U 検定, $p=0.001$) (表 4)。

3.5 再企図リスクアセスメントと組織的準備との関連

再企図リスクアセスメントツールを活用している看護師は、再企図リスクアセスメントを実施していた。教育を受けた、受けない、ガイドラインの有無、アセスメントツールの有無において再企図リスクアセスメントの実施に差はなかった (表 5)。

3.6 再企図リスクアセスメントと看護師の個人要因との関連

ケア経験人数が 21 人以上の看護師は、企図の理由や死にたい気持ちをたずね、再企図リスクアセスメントを行っていた。「知識技術が不足していると思わない」看護師と「どんな看護をしたらよいか明確にわかっていると思う」看護師は再企図リスクアセスメントを実施し、「どう対応したらよいかわからないと思わない」看護師は企図の理由をたずね、再企図リスクアセスメントを実施していた(表 6)。

3.7 再企図リスクアセスメントとアセスメントツールの有無及び活用との関連

アセスメントツールの有無と再企図リスクアセスメントとの関連においては、ツールがある方がたずねたりアセスメントしたりしているようだが、独立性の検定において有意差はみられなかった。そこで、Cochran-Mantel-Haenszel の方法で調整オッズ比を算出したところ、「死にたい気持ちをたずねる」かどうかは経験人数の多少によらずアセスメントツールがある方がたずねている傾向であった(Cochran-Mantel-Haenszel の方法による調整オッズ比 2.41)(表 7)。

アセスメントツールを活用しているかどうかとケアとの関連を同様に検定すると、経験人数が 1~10 人の看護師はアセスメントツール活用している方が死にたい気持ちをたずねており ($p=0.028$, オッズ比 2.71)、経

験人数 11～20 人の看護師は活用している方が再企図リスクアセスメントをしていた($p=0.031$,オッズ比 3.70) (表 7)。

3.8 再企図リスクアセスメントと未遂者への看護が明確であることとの関連

ケア経験人数が 21 人以上で未遂者への看護が明確である看護師は再企図リスクアセスメントをする率が高く、経験人数が 21 人以上であっても、未遂者への看護が明確ではない看護師は、再企図リスクアセスメントをしていない率が高かった($p=0.007$,オッズ比 1.70)(表 8)。

4. 考察

4.1 未遂者ケアに対する組織的準備

実際に研修に参加した看護師は全体の 10%であり、杉本ら(2013a)の調査の 15%より低く、依然として救急看護師に対する未遂者ケアの教育は十分にされていない。研修に参加しなかった理由は、「参加する時間がない」「興味・関心がない」が大部分を占め、他に救命すべき患者の対応や研修が優先される状況が考えられる。

対応についてのガイドラインがあると回答したのは 18%、アセスメントツールがあるのは 7%であり、杉本ら (2013a) の調査のアセスメントツールがあると答えた 4%より若干多い回答であった。取り組みを発表している医療機関が散見されることから、アセスメントツールを使用する医療機関が増えたのかもしれない。

以上より、教育、ツールの準備など組織としてのケアの準備は充分ではないことがわかった。

4.2 再企図リスクアセスメント実施と組織的準備との関連

実施したケア(表 2)を見ると、安全確保はほぼできており、精神科との連携も半数が経験していた。実施率が半数に届かない再企図リスクアセスメントと組織的な準備との関連について焦点をあてて考察する。「教育を受けた」、「ガイドラインがある」、「アセスメントツールがある」だけでは、再企図リスクアセスメント実施にはつながっていなかった。つまり、それらを準備するだけでは、実際に再企図リスクアセスメントするには不十分であると考えられた。

また、杉本ら(2013a)の結果と同様、未遂者ケアの経験人数が多いほど、リスクアセスメント、安全確保、連携などのケアをしているが、経験人数が1～10人の看護師でも、アセスメントツールを活用することでリスクアセスメントする傾向にあった。さらに、経験人数が多くても、すべきケアが明確でなければ、リスクアセスメントをするとは限らないようである。単に経験人数が多いということだけが、ケア実施の条件となるわけではないと考えられた。田村(2011)は、精神科医師が常在しない救急医療機関で起こった未遂者の再企図というインシデントに際して根本原因分析を行ったところ、自殺企図患者の再企図アセスメントツールがなかったことと、自殺予防の視点からの患者対応・看護マニュアルの周知が未徹底であったことをあげている。そして、リスクアセスメントツールを導入したところ、医療チームが自信をもって対応できるようになったと報告している。これは、インシデントの原因を看護師個人の問題とせず、組織的にツールを使用することで再企図リスクアセスメントが実施できる可能性を示している。

ただし、ツールを活用するということは、リスクアセスメントをおこなうことと同義であるともいえる。では、ツールを準備するだけではなく、活用するためには、どのようなことが必要であろうか。次の課題として、組織的に使用するための何らかの条件や環境などどのようなしくみづくりをすればよいかを明らかにすることが重要だと考える。

一方、阿部ら(2014)は、救急看護師へのインタビュー調査から、看護師が対応に自信がないと述べるのは、対応の仕方についての知識がないだけでなく、なぜ自殺企図するのか、患者の背景を理解する知識の不足によるのではないかと述べている。背景の理解が不足するため、未遂者を「自ら死を選んだ人」と認識し、自分の看護の対象から除外しているのだという。さらに、廣川ら(2013)の既遂者の心理学的剖検調査によると若年の女性で既遂前の自傷・自殺未遂の経験がより顕著であることが報告されている。自殺へ至る背景の理解や、致死性の低い手段による自殺未遂も既遂のリスクは高いことの理解など、看護師が未遂者へのケアの必要性や目的を理解することは、「未遂者は看護の対象である」と認識し、再企図防止のケア実施につながるのではないかと考える。本研究では、研修の内容までたずねていないため、どのような教育をすれば、看護師が未遂者を看護の対象と認識するかまでは明らかになっていない。しかし、どう対応したらよいかわかり、すべきことが明確であるという認識を持っている看護師は、再企図リスクアセスメントをしている本研究の結果から、その背景を知ることによって未遂者を看護の対象と認識し、再企図防止のために何をすべきかが明確になるような教育が必要と考えられる。

以上より、本研究では看護師による未遂者への再企図リスクアセスメント実施には、アセスメントツールを準備するだけでなく活用することが重要であると示唆された。

4.3 本調査の限界と今後の課題

本調査の回答率は 16.6%であり、データに偏りがある恐れがある。また、実施したかどうかは回答者の主観的評価であり、実態を完全に反映しているとは限らない。本調査は看護師側の横断的調査であるため、どのような未遂者にリスクアセスメントをしたかしないか、未遂者側の要因は不明である。そのため完全に因果関係を特定できず、一般化には検証が必要である。すなわち、第 3 章で明らかになった、「死ぬ意図」を確認しなかった特徴を持つ未遂者に、本調査の対象者もリスクアセスメントしなかったかどうかは不明である。また、研修内容を質問していないため、どのような教育を受けたかは不明である。そのため今後は、アセスメントツールを活用するために組織として整える環境やしきみづくりと、必要な教育について検討することが課題である。

5. 結論

本調査で、対象となった全国の救急医療機関において教育やツールなどの組織的な準備は、充分ではない状況であった。しかし、ケア経験人数が少なくてもアセスメントツールを活用する看護師、すべきケアが明確な看護師は再企図リスクアセスメントを行っていた。ツールを活用することで何をすべきかが明確になると考えられるので、ツールを準備するだけでなく活用するためには組織的な準備として、どのようなしきみづくりをすればよいかを明らかにすることが次の課題であると考えた。

引用文献

- 阿部美香, 上野恭子 (2014). 救急部門で働く看護師の自殺企図患者に対する認知形成のプロセス. 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 101-111.
- 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎他 (2013). 精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による 76 事例の検討. 精神神経学雑誌, 115(9):923-932.

- 長田敬子, 嶽本直子, 白子隆志他 (2012). 当院における自殺企図患者の現状と取り組み～救急医療機関と精神科医療および地域との連携をめざして～. 高山赤十字病院紀要, 36:37-41.
- 日本臨床救急医学会 (2009). 自殺未遂患者への対応 救急外来・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 東京
- 奥間愛, 浦谷幸男, 島袋弘美他 (2012). 自殺未遂患者用アセスメントシート活用の効果. 沖縄県看護研究学会集録, 81-84.
- 大谷典生, 前田千尋, 柳澤八恵子他 (2010). 自殺企図患者に対する再企図リスク評価シート運用－専属精神科医不在の救命救急センターとしての試み－. 中毒研究, 23 :47-53.
- 杉本圭以子, 影山隆之 (2013a). 自傷患者に対する救急看護師の関わりの実態と関連要因. 日本看護科学会誌, 33(1):52-60.
- 杉本圭以子, 影山隆之 (2013b). 一地域の救急医療機関および精神科医療機関を受診した自殺企図者に関する調査－医療者による「死ぬ意図」の確認に注目して－ ころの健康 28(2):39-50.
- 杉本圭以子 (2014). 自殺未遂者へ救急看護師が行う心理社会的ケア及びその実施に影響を与える要因についての文献検討 ころの健康 29(2):49-58.
- 田村富美子 (2011). 精神科医師が常在しない施設での自殺企図患者に対する対応. 重症集中ケア 10(4) 50-53.

表 1. 対象者の属性

n=399(%)

項目とカテゴリー		
年齢		平均 35.8 歳(SD=7.1)
性別	男	75(19)
	女	324(81)
職位	師長	11 (3)
	主任	65(16)
	一般看護師	321(81)
	不明	2 (1)
臨床経験年数		平均 13.4 年(SD=7.3)
救急経験年数		平均 6 年(SD=4.2)
精神科経験		
	あり	26 (6)
	なし	370(93)
	不明	3 (1)
所属病院の種類		
	大学病院	114(29)
	国立病院	20 (5)
	公立病院	174(44)
	私立病院	40(10)
	その他	49(12)
未遂者への看護経験		
	あり	387(97)
<内訳> 1～10 人		182(47)
11～20 人		62(16)
21 人以上		134(34)
	なし	7(2)
	不明	5(1)

表 2. 未遂者に対して実施したケア (複数回答)

n=387 (%)

分類	質問	実施した
基本的対応	身体的処置や治療をおこなった	368(95)
基本的対応	家族や救急隊から情報収集を行った	346(89)
基本的対応	患者の状態に合わせて、状況説明を行った	272(70)
安全確保	安全確保のため、密な観察をおこなった	334(86)
安全確保	患者の身の回りから危険物を遠ざけた	332(86)
安全確保	状態によっては、抑制などを行った	274(71)
未遂者への配慮	落ち着いて休めるよう静かな環境を整備した	234(60)
未遂者への配慮	時間をとってゆっくりと患者の話を聞いた	160(41)
リスクアセスメント	どんな理由で企図したのか、なにがあったかたずねた	170(44)
リスクアセスメント	今も死にたい気持ちがあるかどうかたずねた	189(49)
リスクアセスメント	再び自殺企図を行うリスクの評価をした	167(43)
連携	院内のソーシャルワーカー、心理士と連携した	124(32)
連携	保健所、精神保健福祉センターなどと連携した	33 (9)
連携	院内や地域の精神科と連携した	204(53)

表3. 未遂者へのケアに対する組織的準備

n=399 (%)

	準備の状況	はい	いいえ
研修	未遂者への対応について研修や教育の情報が入るか	112(28)	282(71)
	研修に参加したか	39(10)	104(26)
	<研修に参加しない理由> 参加する時間がない		106(27)
	(複数回答) 自分が参加することで業務に支障が出る		12(3)
	興味・関心がない		104(26)
	必要性を感じない		31(8)
	すでに熟知している		1(0)
	その他 (自由記述)		56(14)
	研修の情報がない、研修がない		35(9)
	研修に出にくい仕事上の事情がある		10(3)
	優先度が低い		6(2)
	行けたら行きたい、必要だと感じる		5(1)
ガイドライン	未遂者対応について救急部門にガイドラインがあるか	70(18)	310(78)
	<種類> 日本救急医学会の「自殺未遂者への対応」	21(5)	
	施設独自に作成したガイドライン	27(7)	
	その他 (クリニカルパス など)	7(2)	
	わからない	24(6)	
	<活用方法> 未遂者の対応の際、その都度活用している	29(7)	
	読み合わせ行いスタッフ全員で共有している	8(2)	
	ガイドラインを基に学習会が企画されている	2(0.5)	
	特に活用していない	34(9)	
	<活用していない理由> どのように活用すればよいかわからない	13(3)	
	(複数回答) 忙しくて使う暇がない	6(2)	
アセスメントツール	必要性を感じない	6(2)	
	興味・関心がない	7(2)	
	アセスメントツールがあるか	29(7)	348(87)
	<種類> 既存のアセスメントツール	4(1)	
	病院独自に作成したアセスメントツール	16(4)	
	わからない	12(3)	
	<活用方法> 未遂者の受け入れ時に使用	17(4)	
	精神科へ紹介する際の引継ぎに使用	10(3)	
	退院後のフォローのため使用	4(1)	
	救急部門のスタッフ全員で共有し使用	16(4)	
	特に活用していない	13(3)	
	<活用していない理由> どのように活用すればよいかわからない	15(4)	
	(複数回答) 忙しくて活用している暇がない	8(2)	
	必要性を感じない	11(3)	

表4. 未遂者ケアに対する認識と組織的準備との関連

n=357 (%)

未遂者ケアに対する認識		教育		U 検定	ガイドライン有無		U 検定	アセスメントツール		U 検定	アセスメントツール活用		U 検定
		受けた	受けない		有	無		有	無		はい	いいえ	
		n=39	n=318		n=64	n=293		n=28	n=329		n=16	n=341	
必要な知識と技術が不足している	とてもそう思う	11(28)	86(27)	ns	18(28)	79(27)	ns	8(29)	89(27)	ns	5(31)	92(27)	ns
	どちらかといえばそう思う	16(41)	185(58)		33(52)	168(57)		17(61)	184(56)		10(63)	191(56)	
	どちらかといえば思わない	9(23)	39(12)		9(14)	39(13)		2(7)	46(14)		0(0)	48(14)	
	そう思わない	3(8)	8(3)		4(6)	7(24)		1(4)	10(3)		1(6)	10(3)	
どう対応したらよいかわからない	とてもそう思う	2(5)	39(12)	p=0.001	10(16)	31(11)	ns	4(14)	37(11)	ns	2(13)	39(11)	ns
	どちらかといえばそう思う	17(44)	193(61)	**	29(45)	181(62)		17(61)	193(59)		9(56)	201(59)	
	どちらかといえば思わない	14(36)	73(23)		20(31)	67(23)		6(21)	81(25)		4(25)	83(24)	
	そう思わない	6(15)	13(4)		5(8)	14(5)		1(4)	18(5)		1(6)	18(5)	
未遂者に対応するのが不安だ	とてもそう思う	4(10)	43(14)	ns	12(19)	35(12)	ns	5(18)	42(13)	ns	2(13)	45(13)	ns
	どちらかといえばそう思う	14(36)	158(50)		25(39)	147(50)		12(43)	160(49)		8(50)	164(48)	
	どちらかといえば思わない	16(41)	94(30)		19(30)	91(31)		9(32)	101(31)		5(31)	105(31)	
	そう思わない	5(13)	23(7)		8(13)	20(7)		2(7)	26(8)		1(6)	27(8)	
どんな看護をしたら良いか明確にわかっている	とてもそう思う	2(5)	6(2)	ns	3(5)	5(2)	ns	0(0)	8(2)	ns	0(0)	8(2)	ns
	どちらかといえばそう思う	8(21)	71(22)		17(27)	62(21)		9(32)	70(21)		5(31)	74(22)	
	どちらかといえば思わない	17(44)	144(46)		26(41)	135(46)		9(32)	152(46)		7(44)	154(45)	
	そう思わない	12(31)	95(30)		18(28)	89(30)		10(36)	97(30)		4(25)	103(30)	
未遂者への看護は意義がある	とてもそう思う	3(8)	25(8)	ns	7(11)	21(7)	ns	2(7)	26(8)	ns	0(0)	28(8)	ns
	どちらかといえばそう思う	15(38)	112(35)		26(41)	101(34)		16(57)	111(34)		8(50)	119(35)	
	どちらかといえば思わない	14(36)	124(39)		24(38)	114(39)		6(21)	132(40)		5(31)	133(39)	
	そう思わない	7(18)	57(18)		7(11)	57(19)		4(14)	60(18)		3(19)	61(18)	
未遂者への看護はやりがいがある	とてもそう思う	0(0)	10(3)	ns	3(5)	7(2)	ns	1(4)	9(3)	ns	0(0)	10(3)	ns
	どちらかといえばそう思う	11(29)	70(22)		17(27)	64(22)		10(37)	71(22)		5(31)	76(22)	
	どちらかといえば思わない	16(41)	147(46)		31(48)	132(45)		11(41)	152(46)		7(44)	156(46)	
	そう思わない	11(29)	91(29)		12(19)	90(31)		5(19)	97(29)		4(25)	98(29)	

表5. 再企図リスクアセスメントと組織的準備との関連

n=387(%)

項目	カテゴリー	企図の理由をたずねる		死にたい気持ちをたずねる		再企図リスクアセスメント	
		した n=169	しない n=218	した n=187	しない n=200	した n=167	しない n=220
教育	受けた (n=39)	20(51)	19(9)	21(54)	18(46)	22(56)	17(44)
	受けない (n=348)	149(43)	199(57)	166(48)	182(52)	145(42)	203(58)
	独立性の検定	ns		ns		ns	
ガイドラインの有無	有 (n=69)	33(48)	36(52)	36(52)	33(48)	35(51)	34(49)
	無 (n=318)	136(43)	182(57)	151(47)	167(53)	132(42)	186(58)
	独立性の検定	ns		ns		ns	
アセスメントツールの有無	有 (n=29)	14(48)	15(52)	19(66)	10(34)	14(48)	15(52)
	無 (n=358)	155(43)	203(57)	168(47)	190(53)	153(43)	205(57)
	独立性の検定	ns		ns		ns	
アセスメントツール活用している	はい (n=16)	10(63)	6(37)	11(69)	5(31)	11(69)	5(31)
	いいえ (n=371)	159(43)	212(96)	176(47)	195(53)	156(42)	215(58)
	独立性の検定	ns		ns		p=0.041 *	

フィッシャーの直接確率法

*p<0.05, **p<0.01

表6. 再企図リスクアセスメントと看護師個人の要因との関連

n=375(%)

項目	カテゴリー	企図の理由をたずねる		死にたい気持ちをたずねる		再企図リスクアセスメント	
		した n=167	しない n=208	した n=185	しない n=190	した n=162	しない n=213
経験人数	1～10 人	67(37)	113(63)	68(38)	113(62)	69(38)	111(62)
	11～20 人	28(46)	33(54)	32(52)	29(48)	24(39)	37(61)
	21 人以上	72(54)	62(46)	85(63)	49(37)	69(51)	65(49)
		$X^2_{MH}=8.5^{**}$		$X^2_{MH}=20.4^{**}$		$X^2_{MH}=5.2^*$	
知識・技術不足が 不足している	とてもそう思う	44(45)	53(55)	52(54)	45(46)	40(41)	57(59)
	どちらかといえばそう思う	84(42)	117(58)	90(45)	111(55)	85(42)	116(58)
	どちらかといえば思わない	22(46)	26(54)	28(58)	20(42)	28(58)	20(42)
	そう思わない	8(73)	3(27)	7(64)	4(36)	7(64)	4(36)
		ns		ns		$X^2_{MH}=4.3^*$	
どう対応したら よいかわからない	とてもそう思う	17(41)	24(59)	21(51)	20(49)	17(41)	24(59)
	どちらかといえばそう思う	86(41)	124(59)	100(48)	110(52)	82(39)	128(61)
	どちらかといえば思わない	44(51)	43(49)	44(51)	43(49)	48(55)	39(45)
	そう思わない	12(63)	8(37)	13(68)	6(32)	13(68)	6(32)
		$X^2_{MH}=4.0^*$		ns		$X^2_{MH}=8.2^{**}$	
どんな看護をした ら良いか明確に 分かっている	とてもそう思う	5(62)	3(38)	5(62)	3(38)	5(62)	3(38)
	どちらかといえばそう思う	34(43)	45(57)	43(54)	36(46)	43(54)	36(46)
	どちらかといえば思わない	73(45)	88(55)	79(49)	82(51)	70(43)	91(57)
	そう思わない	47(44)	60(56)	50(47)	57(53)	41(38)	66(62)
		ns		ns		$X^2_{MH}=5.6^*$	

Mantel-Haenszel の X^2 検定* $p<0.05$, ** $p<0.01$

各問により欠損値を省いているため、各欄の合計人数が n と合わない部分もある

表7. 再企図リスクアセスメントとアセスメントツールの有無および活用との関連 (経験人数別の比較)

n=375(%)

変数	カテゴリー	企図の理由をたずねる		死にたい気持ちをたずねる		再企図リスクアセスメント	
		あり n=167(43)	なし n=190(57)	あり n=185(49)	なし n=190(51)	あり n=162(45)	なし n=213(55)
アセスメントツールの有無	経験人数 1~10 人	アセスツールあり (n=15)	8(53)	7(47)	9(60)	6(40)	9(60)
		アセスツールなし (n=165)	59(36)	106(64)	59(36)	106(64)	63(38)
		独立性の検定	ns		ns		ns
	11~20 人	アセスツールあり (n=9)	5(56)	4(44)	6(67)	3(33)	6(67)
		アセスツールなし (n=52)	23(43)	29(57)	26(50)	26(50)	18(35)
		独立性の検定	ns		ns		ns
	21 人以上	アセスツールあり (n=5)	1(20)	4(80)	4(80)	1(20)	2(40)
		アセスツールなし (n=129)	71(55)	58(45)	81(63)	48(37)	67(52)
		独立性の検定	ns		ns		ns
	Cochran Mantel-Haenszel の方法による調整オッズ比 (95%信頼区間 ツールあり VS ツールなし)		1.27 (0.60-2.70)		2.41 (1.07-5.46) *		1.39 (0.65-2.97)
アセスメントツール活用の有無	経験人数 1~10 人	アセスツール活用 (n=9)	6(67)	3(33)	7(78)	2(22)	5(56)
		アセスツール活用なし (n=171)	61(36)	110(64)	61(36)	110(64)	64(37)
		独立性の検定	ns		p=0.028 *		ns
	11~20 人	アセスツール活用 (n=6)	4(67)	2(33)	4(67)	2(33)	5(83)
		アセスツール活用なし (n=55)	24(44)	31(56)	28(51)	27(49)	19(35)
		独立性の検定	ns		ns		p=0.031 *
	21 人以上	アセスツール活用 (n=1)	0(0)	1(100)	0(0)	1(100)	1(100)
		アセスツール活用なし (n=133)	72(54)	61(46)	85(64)	48(36)	68(51)
		独立性の検定	ns		ns		ns
	Cochran Mantel-Haenszel の方法による調整オッズ比 (95%信頼区間 ツールあり VS ツールなし)		2.44 (0.87-6.83)		2.71 (0.94-7.80) *		3.70 (1.24-11.01) *

独立性の検定：フィッシャーの直接確率法 *p<0.05, **p<0.01

表8. 再企図リスクアセスメントと未遂者への看護が明確かどうかの比較 (経験人数別の比較)

n=346(%)

変数	カテゴリー	企図の理由をたずねる		死にたい気持ちをたずねる		再企図リスクアセスメント	
		あり n=157(45)	なし n=189(55)	あり n=175(51)	なし n=171(49)	あり n=154(45)	なし n=192(55)
経験人数 1~10 人	未遂者への看護が明確 (n=32)	10(31)	22(69)	14(44)	18(56)	12(38)	20(62)
	未遂者への看護が明確ではない (n=128)	50(39)	78(61)	49(38)	79(62)	52(41)	76(59)
	独立性の検定	ns		ns		ns	
11~20 人	未遂者への看護が明確 (n=19)	10(53)	9(47)	11(58)	8(42)	9(47)	10(53)
	未遂者への看護が明確ではない (n=40)	18(45)	22(55)	20(50)	20(50)	13(33)	27(69)
	独立性の検定	ns		ns		ns	
21 人以上	未遂者への看護が明確 (n=32)	19(59)	13(41)	23(72)	9(28)	24(75)	8(25)
	未遂者への看護が明確ではない (n=95)	50(53)	45(47)	58(61)	37(39)	44(46)	51(54)
	独立性の検定	ns		ns		p=0.007 *	
Cochran Mantel-Haenszel の方法による調整オッズ比 (95%信頼区間 看護が明確 VS 明確ではない)		1.04 (0.63-1.73)		1.41 (0.84-2.35)		1.70 (1.02-2.81) *	

フィッシャーの直接法 *p<0.05, **p<0.01

第 5 章

再企図リスクアセスメントを促進するための
効果的なくみづくり：看護師への面接調査より

1. はじめに

前章までの結果より、救急看護師に求められる未遂者への再企図防止のためのケアは、再企図リスクアセスメント、安全の提供、退院時の支援構築であるが、再企図リスクアセスメントの実施は半数に満たないようである。加えて、若く、致死性が低い手段を用い、夜間に受診し、そのまま帰宅する未遂者は再企図リスクアセスメントを受けにくく、精神科と比べ救急ではそのアセスメント実施率が低いようである(杉本他, 2013)。これまで、未遂者への救急医療者の対応の改善には、教育により未遂者への態度の変容が必要である(McCann et al., 2007; Doyle et al., 2007)と言われてきた。教育に加えて、組織的なケアの準備として、再企図アセスメントツールを使用することがリスクアセスメント実施につながると考えられる(大谷他, 2009, Mehlum et al., 2010)。

しかし、前章より、アセスメントツールを準備するだけでは必ずしも再企図リスクアセスメントは実施されず、使用することがリスクアセスメントにつながることが示唆された。では、アセスメントツールを使用するためには、どのような環境やしくみづくりが必要であろうか。

そこで本研究では、再企図リスクアセスメントツールを使用している病院と、アセスメントツールを使用していない病院間で再企図リスクアセスメントをする環境やしくみのどこがどう違うのか、アセスメントツール使用により看護師の再企図リスクアセスメントに対する認識に何らかのちがいがあのかどうかを探索することを目的に調査をおこなった。アセスメントツールを使用している病院が少ない現状と、探索的な調査であるため、本研究は救急部門の看護師への面接調査による質的研究の手法をとることにした。

2. 方法

2.1 調査対象及び調査期間

調査対象は、未遂者対応について再企図リスクアセスメントツールや対応の手引きを作成・使用し、対応改善への取り組みを文献(船水他, 2013; 奥間他, 2012; 長田他, 2012; 平佐田他, 2012; 大谷他, 2009)において発表している国内5つの救急医療機関のうち、取り組みの成果まで発表している3施設と、成果までは発表していないが取り組みについて発表がある1施設(上記3施設中2施設が使用しているアセスメントツールとほぼ同じものを使用している)、計4施設の看護師各3名計12

名と、アセスメントツールや対応の手引きなど何も使用していない 2 施設の看護師 3 名、計 6 施設合計 15 名の看護師とした。何もツールを使用していない 2 施設は、第 3 章で述べた著者らの調査(杉本他, 2013) の対象で、救急医療機関のうち未遂者に死ぬ意図を確認していない事例があった施設のうち、追加調査として面接調査をうけることに了解を得た病院であった。6 施設のうち、A, B, C, D は再企図アセスメントツールを使用している病院、E, F は使用していない病院である。(A 施設の対象者は a1、a2、a3、B 施設の対象者は b1、b2、b3、などと表記する)

各施設の対象者数は一度の訪問でインタビューが可能な 3 名とし、そのうち 1 名は対応改善の取り組みについて詳しいと考えられる、文献を主に発表した看護師、あとの 2 名は調査日にインタビューが可能で、自殺未遂者への対応経験がある看護師とし、経験の多さや取り組みについて詳しいかどうかは問わず、スタッフ看護師の中から選んでいただくこととした。

該当する救急医療機関の看護部長に電話及び文書で研究の概要を説明し、協力を依頼した。承諾が得られたのち、上記対象者に該当する看護師の紹介を受けた。看護師 2 名の人選は看護部長に一任した。調査は、平成 26 年 2 月～8 月の間におこなった。

2.2 調査方法

各病院と調査日時を調整し、調査日に該当病院に研究者が出向き、対象看護師の紹介を受けた。上記調査内容に沿って、看護師一名につき 30～40 分インタビューした。対象者の同意が得られた場合は内容を録音した。

2.3 調査内容

対象者の背景として、年齢、性別、臨床経験年数、救急経験年数、自殺未遂者ケアに関する教育の有無について質問した。次に、対応した一事例について、その時の勤務状況や患者の状況、看護師の認識と行動について質問した。組織的なケアの準備状況として、教育を受けた場合は、その内容と時期、対応の手引きやアセスメントツールを使用している場合は、その内容と使用状況、院内の共有状況等、院内の他職種、精神科や他支援機関との連携の手順や状況、これら組織的なケアの準備にいたった経緯について質問した。これらはインタビューガイドに沿って質問した。

2.4 倫理的配慮

対象看護師には、研究目的と意義、方法、自由意思に基づく同意と撤回権、参加した場合の利益および不利益、個人情報保護、成果の取り扱いに関する説明を口頭および文書にて行った。また、インタビュー対象者として選ばれたことは業務とは関係がなく、調査日にインタビュー可能で未遂者への看護経験があるということで紹介を受けたことを説明した。また、録音データは鍵のかかる場所で保管し、本研究のみで使用する、その後適切な方法で廃棄することを説明し、対象者の同意を得て実施した。以上の手続きは、筆者らの所属機関の研究倫理安全委員会による承認を得た。

2.5 分析方法

対象者によって語られた逐語録によるデータを、質的帰納的に分析した。まず、具体的な対応事例における対象看護師の認識と行動、組織的準備状況、取り組むきっかけについて語られたデータより、メモと録音から逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読んで発言の主旨を読み取り、データの切片化をおこなった。その中から、アセスメントツールを使用することについて語られているデータおよび、再企图リスクアセスメントについての認識が語られているデータを抜き出し、各データの意味を解釈しラベル名をつけた。意味内容の類似するラベル同士に分類し、サブカテゴリとした。「アセスメントツールを使用することについての認識」および「再企图リスクアセスメントについての認識」として共通する意味をもとに分類し、カテゴリ名を付けた。サブカテゴリごとに発言があった病院をチェックした。

なお、これらのデータ分析方法は、萱間(2007)に記述されているグラウンデッドセオリーに準拠した方法になった。

抽出した「アセスメントツールを使用することについての認識」および「再企图リスクアセスメントについての認識」について、アセスメントツールを使用している病院、使用していない病院間でその違いを検討した。

分析の各段階において分析過程の厳密性を確保するために、研究指導教員と精神看護学教員のスーパービジョンを受けた。

3. 結果

3.1 対象者の背景

対象者 15 名の背景を表 1 に示す。年齢は 20 代 4 名、30 代 6 名、40 代 1 名、50 代 4 名で、性別は男性 2 名、女性 13 名であった。職位はス

スタッフ 11 名、主任 2 名、副師長、師長各 1 名であった。看護師経験年数は、10 年未満が 4 名、10～20 年未満が 6 名、20 年以上が 5 名で、救急経験は 5 年未満が 7 名、5～10 年未満が 5 名、10 年以上が 3 名であった。未遂者対応数は、本人の印象による概数であるが、10～30 人が 7 名、31～50 人が 5 名、100 名以上が 3 名であった。教育経験は、なしが 6 名、ありが 9 名であった。

再企图リスクアセスメントツールを使用している A～D 病院のうち、A，B，C はツールを未遂者全例に使用していた。D にはツールはあるが、使用するか使用しないかは各看護師にまかされていた。ツール導入のきっかけは、未遂者が再企图や既遂となる困難事例や入院した未遂者への対応困難を経験したこと(A，B，D 病院)、未遂者対応について考えていたところツール使用を報告した先行研究を読んだこと(C 病院)であった。ツールを運用する看護師は A～C 病院で複数名のグループ、D 病院は異動により調査時は一人が担当していた(表 1)。表に示していないが、ソーシャルワーカーへの退院時の転院調整の依頼は全ての病院でおこなっていた。

3.2 アセスメントツールを使用することについての認識

分析の結果、アセスメントツールを使用することについての認識を表す 2 カテゴリー、それらのカテゴリーの具体的な内容となるケアを表す 6 サブカテゴリーが抽出された(表 2)。アセスメントツールを使用することについての認識の 2 カテゴリーは「ツールそのものに関すること」「使用することに関すること」であった。サブカテゴリーは「ツールの準備・改訂」「ケア内容の明記」「ツール使用の利点」「使用方法を伝える」「スタッフの関心レベル」「ツールの運用」であった。

アセスメントツールを使用していない E，F 病院からはアセスメントツールを使用する認識については何も語られなかった。そこで、アセスメントツールを全例に使用している A，B，C 病院と、準備したが、全例に使用していない D 病院を比較した結果について、サブカテゴリーごとに代表的な事例を示す。なお、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》、対象者の発言を「」、その末尾に<>で対象者を表した。

1) 【ツールそのものに関すること】

このカテゴリーは、ツール作成の過程と内容を表している。A～D 病院で発言があった。

a. 《ツールの準備、改訂》

アセスメントツールを準備、改訂した具体的例が語られた。A， B， C 病院ではチェックしやすいように、ツールを改訂していることが語られた。D 病院では、ツール作成の過程と内容が語られた。

< A， B， C 病院 >

「若干改訂しました。自立支援、職業、経済問題、結構そういう問題あるので。チェックしやすいように全体を見直しして」 <a1>

「記録ってなかなか抜けてしまうので、書きやすくチェックしやすくなってからは、皆さん書いてくれて」 <c1>

< D 病院 >

「当院用に一部変えてこの手引書作りしました。作るにあたり、連携だとかがいるので、心療内科の先生やソーシャルワーカーと話し合ってきたのが当院用のマニュアルです」 <d3>

b. 《ケア内容の明記》

準備したアセスメントツールや手引書の中には、大事なこと、すべきこと、対処の具体例、点数化し次のアクションを明記するなど、ケア内容が明確に示されていた。A～D 病院で語られた。

< A， B， C 病院 >

「帰すときには付き添いが絶対必要とか、帰す理由を書くようになったので」 <a2>

「点数評価できる部分が大きいと私は思っています。ただ、お話を伺って自殺したい気持ちがあるとか、理由がここにあるとか把握して終わるのではなくて、この現状の作ったものが点数を基にどう動くかというところまで指標として出してくれているので、とても現場としてはわかりやすかったり」 <b1>

< D 病院 >

「対処の例、こういう風に言おうよとか」 <d3>

2) 【使用することに関すること】

このカテゴリは、ツール使用に関して語られた内容を表している。

a. 《ツール使用の利点》

看護師は未遂者に対応するうえでツールを使用することのメリットを感じていた。特に A、 B， C 病院で多く語られ、D 病院では語られなかった。

< A， B， C 病院 >

「自殺企図に関しては常に来るわけじゃない。忘れたところに来るんですね。(壁に貼ってあるフローチャートを) パッと見て、あ、そうだねということで。そういえばこれがあったねと言ってチェックして何点だよってということで」 <b2>

「チェックリストに沿って、気持ちであったり、家族に連絡してもいいねだったり、どうするって本人が嫌がった時とか、これでだいたい本人の意向も聞けるので、チェックシートでポイント制にすることで、私たちの負担が減るというように感じ、それと、同じような対応ができるということがあって、人によって、とても差があるということがなくなるので」 <b3>

「シートがあることで聞き出せるし、私じゃない方が聞いても紙面に残るので、勤務かわっていても、スタッフ、先生も目を通せば、共有できるので意味はあると思います」 <c2>

b. 《使用方法を伝える》

ツールを使用するため伝える内容や、誰がどのように使っているか、工夫していること等がA, B, C病院で語られた。D病院では救急の他分野の教育が優先され、未遂者対応は後回しになっていると語られた。

<A, B, C病院>

「ローテーションできたスタッフに対して口頭で伝えていました」 <a1>

「こういう人が来たらこれを聞きなさい、治療としても精神的な、きちんと聞くこと、患者さんがしゃべること。聴くべきだという教育をするから」 <a1>

「救急外来の目につく場所におっきなフローチャートなんですけど、壁に貼ってるんですね。他の処置は貼ってないです。これは特別に貼ってます」 <b2>

「移ってきた看護師さんに教えますね。聴き方は、他の人が聞いているのを聞いてもらってというか。」 <c1>

「最初に確認しておかないといけないことは聞かないといけないよ、問診とるのと、バイタルとるのと同じなんだよと」 <c1>

<D病院>

「勤務交替で新しく来て、疾患の、循環器、脳外科、救急対応は一生懸命勉強するんですけど、こういうことに対しての継続的な教育っていうのがどうしても後回しになってしまって。替わってきた人にどういう形で伝達すればいいのかなと」 <d3>

c. 《スタッフの関心レベル》

ツールを使っていることを医師は周知していることがA～D病院で語られた。しかし、D病院では未遂者ケアに興味がない看護師がおり、アセスメントツールの存在を知っている看護師と知らない看護師がいることが語られた。

<A, B, C病院>

「看護師が主だってとるんですけど、それを医師に投げかけやすい。医師の方もわかっている」 <b2>

「救急の先生がわりと指導してくれる」 <c3>

< D 病院 >

「昔から勤務している者は、こういうものがあるとわかっている者もいれば、スタッフも、医局の先生もどんどん変わって、知っている人は知っているしという感じになってしまって、だんだん途切れてしまったという感じですね」 <d3>

「勤務交替できた人に、こんなのあるんだよと言っても『ふーん』という感じ。そこまで深く自分たちが関わったことがないと」 <d3>

d. 《ツールの運用》

A, B, C 病院では複数の看護師でツールが運用されていること、記録を事後に活用していること語られた。D 病院では運用担当の看護師が異動後、一人の看護師で運用していることが語られた。

< A, B, C 病院 >

「これをファイリングして、誰が来たって見れるように、手書きで内容を書いて。見れる形をとっていました」 <b3>

「看護師です。使うのは。精神科グループっていうのがあるので、救急外来に 3 人くらいで。」 <c1>

「半年半年で統計とっているんです。どういうところが難しいとか、半年に一回振り返ろうと」 <c1>

< D 病院 >

「一生懸命やってくれた看護師が勤務交替でいなくなっちゃうと、一人じゃねみたいなのもあったり。」 <d3>

3.3 再企図リスクアセスメントについての認識

分析の結果、再企図リスクアセスメントについての認識を表す 6 カテゴリ、具体的な内容を表す 11 カテゴリが抽出された（表 3）。カテゴリは「看護師自身に関すること」「未遂者に関すること」「環境に関すること」「企図手段・エピソードからの判断」「退院時の心配」「たずねることについての認識」であった。

アセスメントツールを全例に使用している A, B, C 病院と、アセスメントツールを使用していない E, F 病院を比較した結果について、サブカテゴリごとに代表的な実例を示す。なお、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》、対象者の発言を「」、その末尾に<>で対象者を表した。

1) 【看護師自身に関すること】

このカテゴリは、再企図リスクアセスメントに関して看護師自身に関して認識していることを表している。このカテゴリの内容は E, F 病院で多く語られた。B, C 病院では「アセスメントツール導入前にこう感じた」と語られた。

a. 《たずねることへのとまどい》

聞くのか聞かないのか、どうやって聞くのか等聞くこと自体に対する迷いを感じていた。

< A, B, C 病院 >

「同じ立場になると、聞かれても自分はしゃべるのかなと思ったりとかも。自分はしゃべりたくない方だと思うので。」 <c2>

< E, F 病院 >

「この人に関わらずなんですけど、自殺企図の人に、何で飲んだのか、聞き出すのが、どうやって聞き出したらいいいのかいつも悩みます」 <e1>

b. 《深入りしないという認識》

未遂者に対して詳しく、深く、ゆっくり聞くことはできないと考えていた。

< E, F 病院 >

「聞くのは戸惑うことはありますね。どこまでこの人に踏み込んでいいのかなと思います」 <e1>

「眠れなかったといわれると聞くけど、長いことはしゃべらないです。きつかった、つらかったくらい」 <f2>

c. 《関わりの自信のなさ》

自分が関わることでどう影響するのか自信が持てないと感じていた。

< A, B, C 病院 >

「声かけ、気を遣いますね。何の病気か、背景もわからない。自分の言葉がどう影響するかと思うし。」 <c2>

2) 【未遂者に関すること】

このカテゴリは、再企図リスクアセスメントの際の未遂者についての認識であった。A～E 病院で語られた。

a. 《未遂者の拒否》

こちらの問いかけに拒否する未遂者がいることが、A～E 病院で同様に語られた。

< A, B, C 病院 >

「寡黙になって教えないという状況の人が来ると、一番大変なんですね」 <b2>

< E, F 病院 >

「なんかあったんですかと聞いてるんですけど、いや、という方もいて。先生には、聞かれたら話していますけど」 <e1>

3) 【環境に関すること】

このカテゴリは、救急医療機関の時間、空間的な制限を示していた。C, E, F 病院で語られた。

a. 《時間、空間の制限》

救急医療機関ではプライバシーにかかわる内容を話すには、時間、空間的な配慮がされていないと感じていた。

< A, B, C 病院 >

「救急外来のところがカーテンで仕切られてるだけのところで、他の患者さんも寝ていらして、やっぱりそこで、もうそこで、まだ死にたいと思うとか、どうして飛び降りたのと聞くのが、ちょっと。ためられるというか、いつもお話聞くときに、もうちょっと環境の面で配慮できればいいんじゃないかなと思いつつ聞いたり」 <c2>

< E, F 病院 >

「他の患者さんもいらっしやって話を聞ける空間はないです」 <e1>

4) 【企図手段・エピソードからの判断】

このカテゴリは、未遂者のアセスメントを企図手段や、エピソードから行っていることを表していた。C, E, F 病院で死ぬ意図はないと判断した理由が語られ、A, C 病院では再企図リスクが高いと判断した理由が語られた。

a. 《自傷に対する認識》

未遂者の非致命的な自傷に対して本気で死にたいわけではないと判断していた看護師がいた。

< E, F 病院 >

「ほんとに死にたいんじゃないのではと思います」 <f1>

「他の人に知ってほしいんだなと」 <f2>

b. 《行動からの判断》

未遂者の行動から死ぬ意図を判断していた看護師がいた。

< A, B, C 病院 >

「いろいろな状況をきちんと伝えられないのもう一回やりかねないな」 <a1>

< E, F 病院 >

「自分で電話してるから死ぬ意図はないなと思いました。他の過量服薬の人も自分で救急車よんだことがあったので、こういう人は、死ぬつもりはないんだなと」 <f2>

5) 【退院時の心配】

このカテゴリは、未遂者が救急外来から退院する際、未遂者は退院後再企図するのではないか又は外来でのケアが不十分なまま退院するのではないかという看護師の心配を表していた。A～E 病院で語られた。

a. 《未遂者の退院後の心配》

このまま帰したら再企図やいずれ繰り返すのではないかと感じていた。

< A, B, C 病院 >

「採血上問題ない。普通に会話も問題ないし、ただ、死にたいというところだったので、精神科の病院ではないというところで、帰宅予定となったんですけど、やっぱりこのまま帰したら、また同じようなことを繰り返すんじゃないかという不安はあったんで」 <b2>

< E, F 病院 >

「このまま帰していいかなと思う人はいっぱいいます。たぶん、またおなじことするんじゃないかな。現に何回も繰り返してくる方もいらっしゃいますし」 <e1>

b. 《不十分な外来でのケア》

退院後の未遂者を心配すると同時に、自分たちの対応が不十分ではないかということを感じていた。

< A, B, C 病院 >

「そのままやらずに帰してしまうことの方が、あの時こうすればよかったとか、こう言葉かけすればよかったとか自分たちの精神的負担の方があるんです」 <b3>

「誰かと一緒に帰すとか、そばに見守る人がいるかどうか確認して、いない時にはまあちょっと寝せておこうとか、そしたらベッドから落ちたりしましたし」 <c3>

6) 【たずねることについての認識】

このカテゴリは、再企図リスクアセスメントをするうえで死にたいかどうかたずねることをどう思うかを表していた。A, B, C 病院で多く語られた。

a. 《すべきことという認識》

「今も死にたいかどうか」は聞きにくいですが、すべきことだと語られた。

< A, B, C 病院 >

「しっかり聞けるようになりました。シートができてここまで聞かないといけないんだというのがそれを基に聞くことでこれからどうしたらいいんだというアセスメントツールというのかな。それができているんでそれにそって聞いていくし、先生にもこの人は何点ですという、だからどこの病院がいいんじゃないですかというところまで、いけるようになったんです」 <b2>

b. 《たずねることの抵抗のなさ》

企図についてたずねることは全例にルールになっていることや、聞くのが当たり前という認識になっていることが語られた。

< A, B, C 病院 >

「スタッフ全員が当たり前になってしまえば大きな負担ではない。聴くのが当たり前と」 <a1>

「自殺企図できた方は、だいたい記入してもらうように、ルールって感じにはなってます」 <c2>

4. 考察

A, B, C 病院では、未遂者全例にアセスメントツールを使用することになっているが、D 病院では、看護師に任されており、実際のツールの使用は全例で行われていなかった。各病院独自にアセスメントツールを準備しても、使用状況は病院により差があった。アセスメントツールの使用状況に注目し、全例に使用している A, B, C 病院と使用していない E, F 病院、ツールを準備したが全例に使用できていない D 病院の環境やしきみづくり、再企図リスクアセスメントに対する認識に注目し考察する。

4.1 アセスメントツールを使用している病院の環境やしきみ

アセスメントツールの準備はあるが、全例に使用できていない D 病院では、身体的救急処置の教育が優先され、未遂者ケアの教育の優先度は低いことが語られた。また、D 病院では、未遂者対応の困難事例を経験後、独自に手引書やアセスメントツールを作成したが、ツール作成メンバーであったスタッフが異動になるとツールを継続する動機づけが低くなり、徐々にツールが使用されなくなった。看護師からはツールを使用する利点やケアへの動機づけについてはほとんど語られず、逆に未遂者ケアに興味がないことを示す看護師がいることが語られた。

これに対して、A, B, C 病院では、アセスメントツールを全例に使用してアセスメントするというルールが作られていた。フローチャートを壁に張って目につくところに掲示するなどの工夫が行われ、複数名のスタッフによりこれまでの対応事例を検討したり、集計をとったりとツールを運用するしきみがあった。また、異動してきたスタッフや新人に対してツールをどう使うかが伝えられ、具体的なたずね方として、他の看護師がたずねている場面から学ぶよう声かけがされていた。すなわち、ツールを使用することをルーチン化し、すべてのメンバーが行えるようなしきみをまず作ること、そして、使い続けるための教育、振り返り、環境の構造化が行われていた。

全例にツールを使用している病院の看護師は、今はツールを利用して「聞かなきゃいけない」という認識でケアしているとの発言が多かつ

た。ツールがあることで、何をすべきかが明確になり、組織でルーチン化されることで「聞くのが当たり前」になっていくのではないだろうか。そして組織として、ツールを使ってリスクアセスメントをするのが当たり前になることで、その結果、たずねることへの抵抗が減り、すべきことという認識へ変化していったのではないかと考えられる。柳沢(2011)は、アセスメントシートの使用前後で希死念慮についての記録量が有意に増加したことから、看護師は患者に希死念慮の有無を抵抗なく聴取するようになったと報告している。しかし、本調査においてツールを全例に使用している病院の看護師の中には、「自分だったら聞かれたくないから聞けない」という発言もあり、ツールを使用するしくみをつくれれば自動的にすべての看護師が未遂者に自殺についてたずねることができるというわけではないようである。だからこそ、ツールを準備するだけでなく、使い続けるための教育や振り返りなどが必要だと考えられる。

一方で、ツールを全例に使用している病院で、スタッフの異動によりツールの使用中止を考えた時期があったと語られた。その際、異動したスタッフからの勧めがあつて使用を継続しており、ツールの使用は運用するスタッフ個々の事情に任されている面もある。組織的に環境を整えるという視点から、複数名でツール運用の役割をとることが必要であると考える。

4.2 アセスメントツール使用の有無による看護師の再企図リスクアセスメントに対する認識の違い

アセスメントツールのないE，F病院の看護師は、未遂者ケアに対する看護師自身のとまどいや迷い、環境の不備についての発言が多いことから(表3)、時間や空間の制限がある環境の中で、本人に直接確認するより企図時の行動や手段によって看護師がリスク判断をしているケースが多いのではないかと考えられる。特に、「どうやって聞いたらいいか、どういうことに注意して聴いたらよいか悩む」「長い時間しゃべらない、詳しく聞かない」などが語られ、聞くこと自体に迷いがあるようである。

これに対して、アセスメントツールを全例に使用しているA，B，C病院の看護師からは「ツールがあるので恐怖心がない、負担が減る」「看護師誰もが同じように管理できる」などツール使用の利点が語られた。そして、たずねること自体は自分がすべきこととして明確であり、それをするかしないか迷いは少ないようであった。従って、アセスメントツールを使用することは確実にアセスメントにつながると考えられる。

ただし、ツールがない頃は自殺について未遂者にたずねることにとまどいや負担感があつたと語られたことから、A，B，C病院の看護師もツールがない頃はE，F病院の看護師と同じような認識があつたのでは

ないかと推測される。つまり、ツールの使用により、ケアに対する認識が変わったことが推測される。

一方で、E，F病院では実際に繰り返して受診する未遂者のケアを経験していることから、退院後未遂者が再企図することを心配しており、ソーシャルワーカーへの退院時調整依頼はしていた。しかし、外来ですべきケアについての発言はほとんどなく、自分たちがすべきケアが何かについての認識は明確ではないと考えられる。A，B，C病院では、ツールを導入するきっかけとなったことが、受診した未遂者の院内での再企図や退院後に既遂となる困難事例を経験したことであった。退院時の心配も多く語られており、そういう困った経験や心配な思いがツールを継続して使用する動機づけになっているのではないかと考えられる。

4.3 本研究の限界と今後の課題

本研究は対象施設、対象者が少ないことから一般化するには限界がある。特に、ツールを準備したが使用しきれていない病院はD病院だけであり、データが不足していた。また、病院の規模や未遂者の受診数、病院がある地域性、連携の現状などに違いがあることから、それらの要因を含めた分析をしていくことが、再企図リスクアセスメント実施への支援に必要である。

5. 結論

アセスメントツールを使用するためのしくみづくりとして、ツールを使用することをルーチン化し、すべてのメンバーが行えるようなしくみをまず作ること、そのうえで、使い続けるための教育、振り返り、環境の構造化が行われていた。

アセスメントツールを全例に使用している病院では、ツールがない時期には未遂者への対応に負担感を感じていたが、ツールを使用してリスクアセスメントするしくみをつくることで、未遂者へのリスクアセスメントは「負担感」から「すべきケア」あるいは「自殺についてたずねることは当たり前」と認識が変化した可能性がある。

現在、教育や、アセスメントツールを使用していない救急医療機関で、これらの条件をどう取り入れ、地域との連携のしくみをどう構築するかが今後の課題である。

引用文献

- Doyle L, Keogh B, Morrissey J (2007). Caring for patients with suicidal behavior: an exploratory study. 16: 1218-1222.
- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ, 他 (2006). 救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度. 日本看護学会誌, 15(2), 15-24.
- 船水祐美子, 神恵子, 相馬純子他 (2013). 救急外来における自殺未遂者の傾向と対応検討. 健生病院医報, 36: 51-54.
- 平佐田和明, 向江剛, 福本花恵他 (2012). 自殺企図患者の情報収集用紙の評価. 山口大学医学部附属病院看護部看護研究集録平成 23 年度, 38-41.
- 萱間真美 (2007). 質的研究実践ノート 研究プロセスを進める clue とポイント. pp31-49, 医学書院 東京.
- McCann TV, Clark E, McConnachie S, et al. (2007). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. J Clin Nurs, 16: 1704-1711.
- 長田敬子, 嶽本直子, 白子隆志他 (2012). 当院における自殺企図患者の現状と取り組み～救急医療機関と精神科医療および地域との連携をめざして～. 高山赤十字病院紀要, 36:37-41.
- 日本臨床救急医学会 (2009). 自殺未遂患者への対応 救急外来・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 東京
- 奥間愛, 浦谷幸男, 島袋弘美他 (2012). 自殺未遂患者用アセスメントシート活用の効果. 沖縄県看護研究学会集録, 81-84.
- 大谷典生, 前田千尋, 柳澤八恵子他 (2010). 自殺企図患者に対する再企図リスク評価シート運用－専属精神科医不在の救命救急センターとしての試み－. 中毒研究, 23 :47-53.
- 杉本圭以子, 影山隆之 (2013). 一地域の救急医療機関および精神科医療機関を受診した自殺企図者に関する調査－医療者による「死ぬ意図」の確認に注目して－ ころの健康 28(2) : 39-50.
- 杉本圭以子 (2014). 自殺未遂者へ救急看護師が行う心理社会的ケア及びその実施に影響を与える要因についての文献検討 ころの健康 29(2) 49-58.
- 柳澤八恵子 (2011). 『自殺未遂アセスメントシート』を作成して－看護師の関わり方の変化について 総合病院精神医学 23(3) : 260-267.

表 1. 対象者の背景

対象者	a1	a2	a3	b1	b2	b3	c1	c2	c3	d1	d2	d3	e1	f1	f2
所属病院	A			B			C			D			E	F	
年齢	45	30代	26	32	39	53	38	26	54	37	37	55	29	53	29
性別	女	女	女	女	女	女	女	女	女	男	男	女	女	女	女
職位	副師長	スタッフ	スタッフ	スタッフ	主任	スタッフ	主任	スタッフ	師長	スタッフ	スタッフ	スタッフ	スタッフ	スタッフ	スタッフ
看護師経験(年)	20	11	4	10	15	30	10	6	30	15	16	33	8	30	9
救急経験(年)	20	8	4	5	10	9	4	4	3	9	3	8	4	10	2
対応未遂者数(人)	200	200	100	50	20	50	40	30	30	50	20	50	10	10	15
教育経験	院内講習受講 PEEC講習受講 自治体の研修受講など 3名経験あり			PEEC講習受講 院内で勉強会開催 独学など 2名経験あり			学会の手引書で独学 1名経験あり			看護協会研修受講 1名経験あり			なし	院内講習受講 2名経験あり	
アセスメントツール使用状況	再企図アセスメントツール使用(全例)			再企図アセスメントツール使用(全例)			再企図アセスメントツール使用(全例)			再企図アセスメントツールと退院時チェックリストがあるが、看護師により使用状況に差がある。			—	—	
導入のきっかけ	院内で再企図インシデント			帰宅した未遂者が既遂			対応を考えていた時、先行研究を読んだ			I C Uに入院した対応困難な未遂者事例を経験			—	—	
運用グループ	有(救急外来に精神科係)			有(研究グループのメンバー)			有(救急外来に精神科係)			無(異動により一名で対応)			—	—	

所属病院： A：3次救急I C U； B：2次救急外来； C：2次救急外来； D：2次救急外来； E：3次救急外来； F：2次救急外来

PEEC：Psychiatric Evaluation in Emergency Care（日本臨床救急医学会研修）

表 2. アセスメントツールを使用することについての認識

カテゴリー	サブカテゴリ		A	B	C	D	E	F
ツールそのものに関する こと	ツールの準備・改訂	1＜受診時のアセスメントツール作成＞	○	○	○	○		
		2＜学会の手引書を当院用に修正し作成＞		○	○	○		
		3＜チェックしやすいようにツールを改訂している＞	○	○	○			
		4＜退院時チェックリスト、ルール、条件作成＞	○			○		
		5＜県の相談窓口リスト準備＞		○		○		
		6＜嘱託医に情報を送るしくみ作成＞				○		
	ケア内容の明記	1＜大事なこと、すべきことを明記＞	○	○	○	○		
		2＜対処の具体例を明記＞	○	○		○		
		3＜点数化し、次のアクションを明記＞	○	○	○			
		4＜院内他部門との決め事を明記＞	○	○				
		5＜地域との連携体制を明記＞		○				
		6＜抑制の方法、基準を明記＞	○					
使用する ことに関する こと	ツール使用の利点	1＜看護師誰もが同じ管理ができる＞	○	○	○			
		2＜ツールがあるので恐怖心がない、負担が減る＞	○	○	○			
		3＜するかしないか悩まない、確実に聞ける＞	○	○	○			
		4＜院内で情報が共有できる＞	○		○			
		5＜記録に残る＞			○			
	使用方法を伝える	1＜運用メンバーが使用方法を伝える＞	○	○	○			
		2＜新人と異動で転入したスタッフに伝える＞	○	○	○			
		3＜勉強会、広報を頑張っているわけではない＞	○	○				
		4＜他の人の対応から聴き方を学ぶ＞		○	○			
		5＜ケアの根拠や「死ぬ意図はたずねるしかない」ことを伝える＞	○	○	○			
		6＜フローチャートを壁に貼り共有、声かけ＞		○				
		7＜救急対応の教育優先で後回しになる＞				○		
		8＜教育プランに入っていない＞				○		
	スタッフの関心レベル	1＜ツール使用を医師も周知している＞	○	○	○	○		
		2＜未遂者ケアに興味がない人もいる＞			○	○		
		3＜他の重症患者と比較しケアの優先度低い＞			○			
		4＜ツールを知っている人知らない人がいる＞				○		
	ツールの運用	1＜看護師何名かでツールを運用している＞	○	○	○			
		2＜継続して受診した未遂者の統計を取っている＞		○	○			
		3＜これまでの例を検証しツール使用を継続している＞	○					
		4＜スタッフの異動でツール使用継続する動機付けが下がった＞			○	○		

A：再企図リスクアセスメントツールを使用している病院（3次救急ICU）

B：再企図リスクアセスメントツールを使用している病院（2次救急外来）

C：再企図リスクアセスメントツールを使用している病院（2次救急外来）

D：再企図リスクアセスメントツールを作成したが運用できていない病院（3次救急外来,ICU）

E：再企図リスクアセスメントツールを使用していない病院（3次救急外来）

F：再企図リスクアセスメントツールを使用していない病院（2次救急外来）

表3. 再企図リスクアセスメントについての認識

カテゴリ	サブカテゴリ		A	B	C	D	E	F
看護師自身に関する こと	たずねることへのとまどい	1<「死にたかったの？」と聞けない>		○*	○		○	○
		2<どうやって聞いたらいいか、どういうことに注意して聞いたらよいか悩む>		○*			○	○
		3<自分だったら話したくないかもしれない>			○		○	
		4<どこまで聞いたらよいか迷う>					○	
		5<聞くか聞かないか迷う>					○	
	深入りしないという認識	1<長い時間しゃべらない、詳しく聞かない>					○	○
		2<ルーチンではできるけど深い話ができない>						○
		3<いきなり来る人にゆっくり話す内容ではない>						○
	関わりの自信のなさ	1<どう接していいか戸惑う>		○*		○	○	
		2<自分の言葉がどう影響するかと思う>			○*			○
		3<精神科の患者が苦手な人もいる>	○		○			
		4<声かけに気をつかう>						○
		5<家族背景聞けない、介入できない、フォローできないと思う>						○
		6<聴くことしかできない、聴くのも負担、緊張する>		○*				
		7<勉強不足、経験不足>			○			
未遂者に関する こと	未遂者の拒否	1<聞いても言ってくれない人がいる>	○	○	○	○	○	
		2<聞かれるのが嫌という人がいる>			○		○	
		3<攻撃されることもある>	○					
		4<連絡先を覚えてくれない、又はいない>		○				
環境に 関すること	時間、空間の制限	1<他の患者がいる、プライバシーへの配慮がない空間>			○		○	
		2<短時間で聴けない>						○
		3<他の患者が搬送されてきたら困る>						○
企図手段・エピソードからの 判断	自傷に対する認識	1<本当に死にたいわけではない>			○	○		○
		2<自分を知ってもらいたい>				○		○
		3<自分のきつさをわかってほしい>				○		○
		4<パフォーマンス的アピール>				○		
	行動からの判断	1<自分で電話してきたので死ぬ意図はない>						○
		2<初回じゃなかったから死ぬ意図はない>				○		
		3<まだ「死にたい」と言っていれば帰すのは危険>				○		
		4<身体は軽症だけど語ってなければリスクは高い>	○					
		5<自殺未遂した時点で危険という判断>	○					
		6<入院している病院を無断離院して企図したのでリスク高い>			○			
退院時の 心配	未遂者の退院後の心配	1<このまま帰すと再企図の心配>	○	○	○		○	
		2<院内企図や帰宅後企図の例があった>	○	○	○			
		3<繰り返す人もいる>		○	○	○	○	
		4<本当に精神科受診するかわからない>		○	○			
		5<付き添い、迎えの人がいない>		○	○			
	不十分な外来のケア	1<医師は身体症状がなくなれば早く帰そうとする>	○		○	○		
		2<退院時ケアしないことの後悔>		○	○			
		3<外来で安全確保できない>		○	○			
		4<退院の判断基準がない>			○			
たずねること についての認識	するべきことという認識	1<ツールがあるので聞かなくていい>	○	○	○			
		2<看護師の誰かが聞かなくていい>	○	○	○			
		3<最初に聞かないといけない>			○			○
		4<一年目でもすべきものだという認識で対応する>	○					
		5<ちゃんとしたかわりをしなくていい>				○		

カテゴリ	サブカテゴリ		A	B	C	D	E	F
	たずねることの抵抗のなさ	1 <全例に聞くのがルールになっている>	○	○	○			
		2 <希死念慮を聞くことに抵抗がない 聞くのが当たり前>	○					
		3 <聞けばちゃんと答えてくれる>			○			

A：再企図リスクアセスメントツールを使用している病院（3次救急ICU）

B：再企図リスクアセスメントツールを使用している病院（2次救急外来）

C：再企図リスクアセスメントツールを使用している病院（2次救急外来）

D：再企図リスクアセスメントツールを作成したが運用できていない病院（3次救急外来,ICU）

E：再企図リスクアセスメントツールを使用していない病院（3次救急外来）

F：再企図リスクアセスメントツールを使用していない病院（2次救急外来）

○*：ツール作成前

第 6 章

総括

本研究では、救急看護師が未遂者へ行う再企図防止のためのケア、その中でも再企図リスクアセスメントをおこなうための組織的な準備に着目した。文献研究および未遂者ケアの経験がある救急看護師への調査研究を通じ、リスクアセスメントツールの有効性とツールを使用するためにどのようなしくみづくりが必要かを明らかにすることを目的とした。

1. 各章の総括

まず、第2章で救急看護師による未遂者の再企図防止のために求められるケアについて文献研究を行った。その結果、看護師は全ての未遂者に、「再企図リスク及び心理社会的ニーズのアセスメント」「安全の提供」「退院後の連携を行う」ことが求められていた。再企図防止のためのケアの実施に障害となる要因は以下の3点があった。知識や自信がなく不安が高いこと、あるいは未遂者に向けられた怒りや葛藤、道徳的な抵抗感といった否定的感情などの「看護師の認識や態度」、再企図リスクアセスメントの拒否や看護師への攻撃的態度など「未遂者側の治療に非協力的な態度」、さらに、他の重症患者への対応があり、繁忙で時間に制限があるといった「救急の物理的・環境的要因」であった。「未遂者への精神的ケアは自分たちの仕事ではない」といった無意識に医療者が持っている認識もその要因の中に含まれるようであった。一方で「教育」をうけ、「アセスメントツールやガイドラインを使用すること」がケアにつながる条件となりうることを報告されていた。

次に第3章で、救急医療機関で再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴について検討した。大分県東部保健所管内の救急病院と精神科病院に受診した自殺企図者の実態を6か月間調査したデータより、医療者が未遂者に「死ぬ意図」を確認していた症例は、精神科で約9割、救急で5割強であった。救急で死ぬ意図を確認していない未遂者は、年齢が低く、夜間搬送、致死性の低い手段による企図、帰宅という特徴があった。死ぬ意図と自殺未遂歴の一方しか確認していない症例も多く、自殺リスクの系統的なアセスメントが行われていないことが推察された。しかし、この調査では死ぬ意図を確認しなかった医療者側の理由は明らかではない。医療者側にどのような準備があれば、特に救急からそのまま帰宅する未遂者に再企図リスクアセスメントができるのか、医療者側の組織的準備の現状と未遂者ケアとの関係を明らかにすることが、次の課題として挙げた。

そこで、第4章では、対象範囲を広げ全国の救命救急センターの看護師を対象とし、再企図リスクアセスメントと組織的な準備との関連について質問紙調査を実施した。未遂者看護の研修に参加したのは10%、職

場に未遂者対応のガイドラインがあるのが 18%、アセスメントツールがあるのが 7%と、組織的な準備は充分ではない状況であった。経験人数が多いことがアセスメント実施と関連があったが、ケア経験人数が少なくてもアセスメントツールを使用している看護師はリスクアセスメントを行っており、逆に経験人数が多くてもすべきケアが明確でない看護師は、リスクアセスメントをしていない傾向があった。また、アセスメントツールを準備するだけでなく使用することが再企図リスクアセスメントにつながることを示された。そこで、アセスメントツールを使用するにはどのように環境を整え、しくみづくりをしたらよいかを調査することが次の課題となった。

第 5 章では、第 4 章の結果を受け、アセスメントツールを使用して再企図リスクアセスメントを実施している病院はどのようなしくみをつくっているか、アセスメントツールの使用の有無で看護師の再企図リスクアセスメントの認識に違いがあるか探索するため、アセスメントツールを使用している病院、していない病院の看護師に面接調査を実施した。

アセスメントツールを使用するためのしくみとして、ツールの使用をまずルーチン化し、すべてのメンバーが行えるようなしくみを作ること、そのうえで、使い続けるための教育、振り返り、環境の構造化が複数名の看護師によって行われていることがわかった。一方、アセスメントツールを全例に使用している病院の看護師は、ツールがない時期は現在ツールを使用していない病院の看護師と同様に、未遂者への対応に負担感を感じていた。しかし、ツールを使用するしくみを作ること、再企図リスクアセスメントは、「負担感」から「すべきケア」あるいは「自殺についてたずねることは当たり前」と認識が変化した可能性があることが示唆された。

以上から、救急看護師が未遂者に再企図リスクアセスメントするためには、アセスメントツールを準備し、実際に使用できるようなしくみをつくり、組織として運用していくことが有効であると考えられた。

2. 今後の課題

本研究の限界の一つは、アセスメントツールが、アセスメントを受けにくい特徴を持つ未遂者に対しても有効かどうかの検討ができていないことである。この点は今後の課題である。もう一つは、教育の内容についての検討が不十分であったことである。単に「教育を受けた」、「受けない」だけでなく、看護師はどのようなことを知っていれば再企図リスクアセスメントできるのかの検討が必要であったと考える。ただし、第 5 章で「ツールの使用方法を伝える」ことの中に、「なぜ、これをアセスメ

ントするのか」「どんなことが再企図の危険因子なのか」などツールの使用と一緒に学ぶことにより、それがアセスメント実施につながる可能性も考えられる。一般的な未遂者に対する知識や必要な看護を研修という形で伝えるのではなく、アセスメントツールという可視化できる媒体を使い、すべきケアの意味を現場で伝えることが効果的なものかもしれない。加えて、伝えることの中に第4章で考察した「未遂者の背景の理解」も含まれるとなお良いと考える。

今後は本研究結果をもとに、未遂者を適切な医療機関や相談機関につなげるために実際に活用できるツールと地域の連携システム構築を通して看護師を支援することが課題である。違う病院でも、看護師の部署が変わっても継続可能な、地域における救急と精神科と保健師を含めた連携システムを構築することは未遂者だけでなく援助する医療者にとって心強いものとなると考える。

救急医療機関の看護師による自殺未遂者の再企図リスクアセスメントに関する研究－再企図防止のケアに向けた組織としての準備に着目して－

論文内容の要旨

【目的】救急看護師には自殺未遂者への身体的ケア以外に、再企図防止のためのケアが求められているが、実際には回避的な関わりをしていることも多い。このケアを普及するには看護師個人の態度変容をめざした教育が重要とされてきたが、それだけでなく組織的な準備も必要である。そこで、救急看護師が自殺未遂者へ再企図防止のためのケアを行うために、組織として行うべき準備はどのようなものかを明らかにすることを目的とした。

【研究1】救急看護師に求められる自殺未遂者への再企図防止のためのケアについてシステマティックレビューを行い、国内外の論文25篇の文献研究を行った。このケアは、再企図のリスク及び心理社会的ニーズのアセスメント、安全の提供、退院時の支援構築の3つに大別された。ケア実施の障害となる要因は、看護師個人の認識や態度、未遂者側の拒否や攻撃的態度、救急の物理的・環境的要因であった。ケア実施につながる要因は、教育やアセスメントツールの活用であった。

【研究2】一地域の救急医療機関と精神科医療機関を受診した自殺企図者の実態を調査し、再企図リスクアセスメントの一項目である「死ぬ意図」を確認した割合を確かめ、再企図リスクアセスメントを受けにくい未遂者の特徴を検討した。救急病院では、死ぬ意図を確認していない症例が半数近くあり、その特徴は①10～30代②夜間搬送③致死性の低い手段④入院せず帰宅であった。救急病院では死ぬ意図及び未遂歴の確認は精神科病院と比較して実施率が低く、系統的な再企図リスクアセスメントが行われていないことが示された。

【研究3】救急医療機関の自殺未遂者に対する実際のケアと再企図アセスメントツールとの関連について看護師に質問紙調査を行い検討した。回答した399名中アセスメントツールを使用しているのは17名(4%)であった。未遂者ケアの経験が少なくてもアセスメントツールを使用することで、リスクアセスメントを実施できている傾向にあった。ただし、アセスメントツールの準備だけでなく、ツールを使用するためのしくみを組織的に整えることも必要だと考えられた。

【研究4】再企図リスクアセスメントツールを使用している病院として

いない病院の間で、再企図リスクアセスメントを実施する環境やしくみの違いと、看護師の再企図リスクアセスメントに対する認識の違いを探索することを目的に、救急部門の看護師に面接調査をおこなった。アセスメントツールを使用している病院では、ツール使用をルーチン化し、全ての看護師がリスクアセスメントできるしくみがつくられ、ツールを使い続けるための教育、振り返り、環境の構造化が行われていた。アセスメントツールがない病院の看護師は、自殺未遂者へのケアに負担感を感じていたが、使用している看護師は「自殺についてたずねることは当たり前」という認識であった。

【結論】 救急看護師が自殺未遂者に再企図リスクアセスメントをするためには、アセスメントツールを準備し、実際に使用できるようなしくみをつくり、継続して使用できるよう組織として運用していくことが有効であると考えられた。

Risk assessment of a suicide re-attempt by nurses working in the emergency room: systematic preparation for prevention

Abstract

Objectives: Although emergency nurses need to provide suicide attempters the care to prevent their re-attempt, the nurses tend to avoid the suicide attempters. Not only personal education about the care, systematic readiness in their institutes is important. The aim of this study was to clarify the feature of systematic readiness for providing the care.

Study 1: Through the systematic review for 25 literatures about the care provided by emergency nurses for suicide attempters to prevent re-attempt. The care was categorized into assessment of suicidal risk and psychosocial needs, keeping safe, and building support at the time of discharge. The care is sometimes disturbed by their negative attitude toward patients, rejection and offensive attitude of the patients, and environment of emergency rooms. Education and assessment tools, however, promote the care.

Study2: The author examined the records of suicide attempters who were admitted to emergency hospital or psychiatric hospital in an area, in order to know how many patients were asked the "die intention", and to know the features of the patients who were not asked the intention. The features were being aged 10-39, visits at nighttime, less-lethal means, and going home without hospitalization. The intention was not confirmed particularly in emergency hospitals, compared with psychiatric hospitals, showing that systematic risk assessment is not carried out in emergency hospitals.

Study3: Questionnaire survey was carried out to know the actual care and use of assessment tools for re-attempt among emergency nurses. Among 399 respondents, only 17 (4%) used the assessment tools. It was suggested, however, that the tools can help the nurse with no experience to give care for suicidal attempters to assess the risk of re-attempt. Institutional effort to utilize the tool seems to be important.

Study4: To compare the environment and the system to assess risk of suicidal re-attempt in the hospitals where the risk assessment is popular and those in the hospitals where it is not popular, an interview survey was carried out to emergency nurses. In the former hospitals, it was a routine work to assess

suicidal risk using tools, and all the nurses can assess the risk. For this purpose, education about using the tool, the discussion about patients, and structuring environment have been carried out. Even if assessment tool was not prepared in the former hospitals, the nurses recognized that asking suicidal risk is their work, in spite of burden to give care for suicidal attempters.

Conclusions: Making an institutional effort to prepare assessment tools for suicidal risk and to make the environment enabling continuous use of the tools is required for emergency nurses to assess suicidal risk in attempted suicide.

資料

第 3 章 自殺企図者実態調査実施要綱

調査票

調査票記入要領

第 4 章 質問紙

第 5 章 インタビューガイド

別杵速見・国東地区自殺企図者実態調査実施要綱

(救急病院用)

1 目的

自殺予防のために、自殺未遂者に対する危機介入は重要であることから、管内の自殺の実態を把握するため、救急病院を受診した自殺未遂者を対象にその実態を明らかにし、症例の評価を行うことで自殺のハイリスク要因を分析して今後の再企図防止策を考える。

2 実施主体 東部保健所

東部保健所自殺予防対策実行委員会

3 調査概要

(1) 調査の対象

管内救急告示医療機関（13 病院）

(2) 調査の時期

平成 24 年 8 月 1 日から平成 25 年 1 月 31 日まで

(3) 調査事項

別紙「調査票」のとおり、調査期間内に時間内、時間外を問わず自傷又は自殺企図に及んで救急外来を受診した患者について記入する。

(4) 調査方法

調査票は、患者診療後に担当者が記入する。

記入後の調査票は、東部保健所職員が直接または、郵送で回収する。(毎月 10 日)

4 調査結果の公表

(1) 実態調査結果報告会の開催

参集範囲：東部保健所管内保健医療関係者

(各市町村担当課、自殺予防対策実行委員、各警察署、各消防署

管内救急告示病院・精神科病院等)

大分県障害福祉課

内容：実態調査結果報告、今後各機関で取り組めること

(2) その他大分県自殺対策連絡協議会、自殺関連学会等で発表します。

5 その他

データを分析する際は、集団として分析する。

調査票内容については、他者に漏らすことなく、この調査目的のみに使用する。

回収後の調査票は、集計後すみやかに処分する。

別杵速見・国東地区自殺企図者実態調査実施要綱

(精神科医療機関用)

1 目的

管内の自殺の実態を把握するため、精神科医療機関を受診した自殺未遂者を対象にその実態を明らかにし、症例の評価を行うことで自殺のハイリスク要因を分析して、今後の再企図防止策を考えていく。

なお、併せて救急医療機関の調査も平行して行い、実態を把握していく。

2 実施主体 東部保健所

東部保健所自殺予防対策実行委員会

3 調査概要

(5) 調査の対象

管内精神科病院・診療所 (15 医療機関)

(6) 調査の時期

平成 24 年 8 月 1 日から平成 25 年 1 月 31 日まで

(7) 調査事項

別紙「調査票」のとおり、調査期間内に時間内、時間外を問わず自傷又は自殺企図に及んで受診した患者について記入する。

(8) 調査方法

調査票は、患者診療後に担当者が記入する。

記入後の調査票は、東部保健所職員が直接または、郵送で回収する。(毎月 10 日)

4 調査結果の公表

(3) 実態調査結果報告会の開催

参集範囲：東部保健所管内保健医療関係者

(各市町村担当課、自殺予防対策実行委員、各警察署、各消防署

管内救急告示病院・精神科病院等)

大分県障害福祉課

内容：実態調査結果報告、今後各機関で取り組めること

(4) その他大分県自殺対策連絡協議会、自殺関連学会等で発表します。

5 その他

データを分析する際は、集団として分析する。

調査票内容については、他者に漏らすことなく、この調査目的のみに使用する。

回収後の調査票は、集計後すみやかに処分する。

調査票

※自傷行為のあった患者について、処置後に本票の記入をお願いします。調査期間：2012年8月1日～2013年1月31日
 ※自院に入院中の患者については本票の記入は不要です。 ※翌月10日までにご返送ください。

○ 搬送・来院日時	2012年	月	日 ()	時	分
(24Hで記入)					
○ 事案発生日時	2012年	月	日 ()	時頃	・ 不明
(24Hで記入)					
○ 搬送・来院方法	1 救急車 (1-1 直接 1-2 転送) 2 家族等他者の引率による 3 自身で来院				
○ 年齢	歳	○ 性別 男 ・ 女			
○ 住所	1 別府市 2 杵築市 3 日出町 4 国東市 5 姫島村 6 その他の市町村				
○ 同居者の有無 1 なし 2 あり 3 不明					
○ 死ぬ意図の有無	1 死ぬ意図が明確 2 死ぬ意図はなかった 3 死ぬ意図の有無はあいまい 4 死ぬ意図は未確認				
○ 企図手段	1 薬物 (1-1 処方薬 1-2 市販薬 1-3 毒物・農薬) 6 縊首 2 ガス (練炭含む) 7 入水 3 飛び込み 8 その他 () 4 飛び降り (橋・歩道橋などの構造物も含む) 5 刃器、刺器 (部位：5-1 手足 5-2 頸部・胸部・腹部 5-3 それ以外)				
○ 過去の自殺未遂 1 なし 2 あり 3 不明					
○ 精神疾患の有無 (本人・家族の申告による)	1 あり → 1-1 うつ病・躁うつ病 1-5 認知症 1-8 その他 () 1-2 統合失調症 1-6 人格障害 1-3 アルコール依存症 1-7 不明 1-4 不安障害 (パニック・ストレス障害)				
※本人家族の申告が 2, 3, 4 の場合スタッフ の判断を記入 (医師・スタッフの判断)	2 なし 3 確認するも不明 4 未確認 1 ありそう 2 なさそう				
○ 精神科受診歴 (本人・家族の申告による)	1 なし 2 あり → 2-1 受診歴はあるが現在通院していない 2-2 現在通院中・入院中 3 確認するも不明 4 未確認				
○ 身体疾患への罹患	1 なし 2 あり (2-1 急性疾患 2-2 慢性疾患) 3 不明 → 該当する疾患があれば右記にチェック →				
○ 対応後 (処置後) の転帰	1 自院に入院 (1-1 精神科 1-2 それ以外の科) 2 他院へ転送 (2-1 精神科 2-2 それ以外の科) 3 入院せず帰宅 4 死亡				
○ 紹介先 (複数回答可)	1 なし 2 あり → 2-1 自院の相談員 (2-1-1 ソーシャルワーカー 2-1-2 それ以外 (職種:)) 2-2 医療機関 (2-2-1 精神科 2-2-2 心療内科 2-2-3 その他の科) 2-3 保健所 2-4 市町村役場 2-5 警察 2-6 その他 ()				
○ その他特記事項					

○身体疾患

- 1 慢性腎不全 1-1 人工透析
1-2 腎移植
- 2 がん 2-1 頭頸部
2-2 その他の部位
- 3 HIV 陽性・エイズ
- 4 SLE (全身性エリマトーデス)
- 5 脊椎損傷
- 6 ハンチントン病
- 7 多発性硬化症
- 8 消化性潰瘍
- 9 糖尿病
- 10 てんかん
- 11 慢性関節リウマチ
- 12 脳血管性障害
- 13 アルツハイマー病
- 14 パーキンソン病

調査票記入要領

この票には、自傷行為があつて搬送、来院した患者について、その処置後に記入してください。
調査票のために本人・家族等付き添い者から聴取せず、処置上把握した内容から記入してください。
記入は、医師の指導のもと、看護師等スタッフが記入してもかまいません。

表頭

○搬送・来院日時	搬送又は来院した日時を24時制表記で記入のこと。
○事案発生日時	救急隊からの引継、本人・家族からの申告で自傷行為に至った日時を24時制表記で記入のこと。
○搬送・来院方法	患者の来院した方法について記入のこと。 1 救急車 1-1 直接 いずれからの要請で救急車で搬送された 1-2 転送 一次・二次救急病院、かかりつけ医から転送された 2 家族、もしくは友人、近隣に居合わせた人等が連れてきた 3 自傷した本人自身で来院した
○年齢	カルテから満年齢で記入のこと。
○性別	カルテから男女別を記入のこと。
○住所	カルテから現住所(居住実態がある場所)を記入のこと。
○同居者の有無	現住所(居住実態がある場所)に同居者がいるか。
○死ぬ意図の有無	1 死ぬ意図が明確 死ぬために準備、計画をして自傷に至った 2 死ぬ意図はなかった 明確な死ぬまでの気持ちはないが、自傷してしまった 3 死ぬ意図の有無はあいまい 自分で死のうとしたのか、自傷した記憶もない 4 死ぬ意図は未確認 本人の言動から把握できないもしくは聞いていない
○企図手段	処置する上で確認できた企図手段について記入のこと。 1 薬物 1-1 処方薬 主治医、かかりつけ医から処方された薬 1-2 市販薬 自宅に保管もしくは、自殺するために購入した薬 1-3 毒薬・農薬 自宅に保管もしくは、自殺するために購入した毒物や農薬 2 ガス 都市ガス、プロパンガス等種類は問わない。 練炭等化学反応で発生させたガスも含む 3 飛び込み 走ってくる自動車、電車などに自分から飛び込む 4 飛び降り 進行中の車、電車、建物、橋・歩道橋等の構造物から飛び降りる 5 刃器、刺器 刃物、刺器(ガラス片を含む)で切ったり、刺したりする 6 縊首 首つり 7 入水 海、川等場所は問わず、入水した 8 その他 上記1～7に該当しない手段(焼身、銃器、感電など)
○過去の自殺未遂	処置中に本人・家族から過去の自殺未遂歴が聴取できた内容を記入のこと
○精神疾患の有無	1 あり 本人・家族から精神科疾患の既往や現病歴が確認できた場合に記入のこと 2 なし 本人・家族から精神科疾患の既往や現病歴が確認できた場合に記入のこと 3 確認するも不明 4 未確認
(医師・スタッフの判断)	処置を通して本人の言動から判断する
○精神科受診歴	1 なし 本人・家族から精神科疾患の治療歴、現病歴が把握できた 2 あり 本人・家族から精神科疾患の治療歴、現病歴が把握できた
○身体疾患の罹患	本人・家族から精神科疾患以外の治療歴、現病歴が把握できた ありの場合、自殺に影響を及ぼすといわれる14慢性疾患は別表にチェックのこと。

○対応後の転帰	処置終了後の転帰について記入のこと
○紹介先	転帰までに、再企図防止のために本人・家族へ相談先として紹介できたときは記入のこと
○その他特記事項	本人・家族から自傷した動機等把握できたときに記入のこと。

自殺未遂者へ対応を行う救急部看護師への支援体制の実態調査

1. まず、あなた自身についてお伺いします。あてはまるところに○をつけてください。

- 1) 年齢は（満）_____歳
- 2) 性別は 1. 男 2. 女
- 3) 職位は 1. 師長 2. 主任 3. 一般職員
- 4) 看護師としての経験年数は_____年
- 5) 救急部門での勤務は_____年目
- 6) 精神科での経験（現在働いている病院・施設以外含む）はありますか？
 1. ある 2. ない
- 7) 6)で「ある」とお答えになった方は、精神科での経験年数をお教えてください。
 （ ）年

2. 次に、勤務なさっている病院についてお聞きします。

- 1) 病院の種類を選んで○をつけてください。
 (1) 大学病院 (2) 国立病院 (3) 公立病院（市立、県立など）
 (4) 私立病院 (5) その他（ ）
- 2) 病院に精神科はありますか？
 (1) ある (2) ない
- 3) 救急部門に専従する看護師の数は何名ですか？
 (1) 9 名以下 (2) 10～15 名 (3) 16～20 名 (4) 21～30 名 (5) 31 名以上
- 4) 精神科での勤務歴がある看護師は救急部に何名いますか？分かる範囲でお答えください。
 （ ）名

5) 救急部門には、看護師以外にどのような職種の専従職員がいますか？（該当するものすべてをお選びください）

- (1) 医師 (2) 精神科医 (3) 臨床心理士 (4) 臨床工学技士
(4) 精神保健福祉士 (5) 社会福祉士 (6) 救急救命士
(7) 事務職員 (8) その他（ ）

6) 過去 1 年間に延べ何人の患者（すべて）が救急部門を受診しましたか？

- (1) 100 人以下 (2) 101～200 人 (3) 201～300 人 (4) 301～400 人
(5) 401～500 人 (6) 501 人以上 (7) 分からない

3. 自殺未遂者への対応についてお聞きします。

【用語の定義】

ここでの自殺未遂者とは、自傷行為を行って搬送されたが死には至らず、退院もしくは転院したすべての方を指します。

1) これまでに自殺未遂者への看護を経験しましたか？

- (1) はい (2) いいえ

※ 2)～6)の質問は、1)の質問で「はい」とお答えになった方にお聞きします。

2) 過去 1 年間に何名の自殺未遂者へ看護を行いましたか？

- (1) 0 人 (2) 1～10 人 (3) 11～20 人 (4) 20 人以上

3) 自殺未遂者へ、どのような看護をしましたか？（該当するものすべてをお選び下さい）

- (1) 医師の指示のもとで、身体的処置や治療を行った
(2) 安全確保のため、密な観察を行った
(3) 自傷や他害を予防するために、患者の身の回りから危険物を遠ざけた
(4) 自殺未遂者の状態によっては、抑制などを行った
(5) 家族や救急隊から情報収集を行った
(6) 患者が落ち着いて休めるよう静かな環境を整備した
(7) 患者の状態に合わせて、状況説明を行った
(8) 時間を取ってゆっくりと患者の話を聞いた
(9) どんな理由で自殺企図をしたのか、何があったのかたずねた
(10) 今も死にたい気持ちがあるかどうかたずねた
(11) 再び自殺企図を行うリスクの評価をした
(12) 院内のソーシャルワーカーや臨床心理士（精神科を除く）と連携した
(13) 保健所や精神保健福祉センターなど地域の保健機関と連携した
(14) 院内や地域の精神科と連携した
(15) その他（ ）

※ 3)の質問で(12)～(14)を選択した方にお聞きします。

4) 連携の際にどのような職種が関わりましたか？(該当するものすべてをお選びください)

- (1) 医師 (2) 精神科医 (3) 臨床心理士 (4) 臨床工学技士
(5) 精神保健福祉士 (6) 社会福祉士 (7) 救急救命士
(8) 事務職員 (9) その他 ()

5) 具体的に、どのような施設と連携しましたか？(該当するものすべてをお選びください)

- (1) 院内の精神科外来 (2) 院内の精神科病棟
(3) 院外の精神科外来 (4) 院外の精神科病棟
(5) 精神保健福祉センター (6) 保健所
(7) 市役所・区役所 (8) 社会復帰施設
(9) NPO などの支援組織 (10) その他 ()

6) 過去1年以内に、延べ何人の自殺未遂者を紹介しましたか？

- (1) 0人 (2) 1～10人 (3) 11～20人 (4) 20人以上

7) 自殺未遂者の看護について、あなたのお考えをお聞かせください。1.～6.のそれぞれについて、あなたのお考えに最も近いもの1つだけに○をつけてください。

とても そう思う	どちらか といえば そう思う	どちらか といえば そう思わない	そう思わない
-------------	----------------------	------------------------	--------

- (1) 私は自殺未遂者への看護に必要な知識と技術が不足している 1・2・3・4
(2) 私は、自殺未遂者にどう対応したらよいか分からない 1・2・3・4
(3) 私は、自殺未遂者に対応するのが不安だ 1・2・3・4
(4) 私は、自殺未遂者にどんな看護をしたら良いか明確に分かっている 1・2・3・4
(5) 自殺未遂者への看護は、意義がある仕事だ 1・2・3・4
(6) 自殺未遂者への看護は、やりがいをもてる仕事だ 1・2・3・4

4. 自殺未遂者への対応に関する病院の方針などについてお聞きします。

1) 自殺未遂者への対応について、研修や教育(学習会など)の情報が入りますか？

- (1) はい (2) いいえ

2) 1)の質問で「はい」とお答えになった方は、自殺未遂者への対応についての研修などに参加していますか？

- (1) はい (2) いいえ

() □

(3) その他 ()

(6) その他 (

(1) ある (2) ない

(4) わからない

(5) 特に活用していない

9) 8)の質問で「特に活用していない」とお答えになった方は、理由をお聞かせください。

- (1) どのように活用すればよいか分からない
- (2) 忙しくて使う暇がない
- (3) 必要性を感じない
- (4) 興味・関心がない
- (5) その他 ()

10) 自殺未遂者の状態を判断するための、アセスメントツールがありますか？

- (1) ある
- (2) ない

※ 11)、12)の質問は、10)の質問で「ある」とお答えになった方へお聞きします。

11) どのようなアセスメントツールですか？（該当するものすべてをお選びください）

- (1) 先行研究などで既に作成された既存のアセスメントツール
- (2) 病院独自に作成したアセスメントツール
- (3) その他 ()
- (4) わからない

12) アセスメントツールをどのように活用していますか？（該当するものすべてをお選びください）

- (1) 自殺未遂者の受け入れ時に使用している
- (2) 自殺未遂者を精神科などへ紹介する際の引継ぎに使用している
- (3) 退院後のフォローのために使用している
- (4) 救急部門のスタッフ全員で共有するために使用している
- (5) その他 ()
- (6) 特に活用していない

13) 12)の質問で「特に活用していない」とお答えになった方は、理由をお聞かせください。

- (1) どのように活用すればよいか分からない
- (2) 忙しくて活用している暇がない
- (3) 必要性を感じない
- (4) その他 ()

14) 自殺未遂者へ対応したスタッフの精神的負担について、以下に挙げるようなフォローがありますか？（該当するものすべてをお選びください）

- (1) 看護師のストレスやトラウマに関するチェックリストを使用している
- (2) 自殺未遂者への対応について定期的にスタッフミーティングを行っている
- (3) 管理職（看護師長など）が実際に自殺未遂者へ対応したスタッフから話を聞く機会を設けている
- (4) 医師や先輩看護師、同僚が自殺未遂者へ対応したスタッフの話を聞いている
- (5) 自殺未遂者へ対応したスタッフから救急部以外のスタッフ（リエゾン看護師や臨床心理士など）が話を聞いている
- (6) その他（ ）
- (7) 特別なことはしていない

15) 自殺未遂者へ対応したスタッフの精神的負担について、以下に挙げるようなフォローで必要だと思うものに○をつけてください。(該当するものすべてをお選びください)

- (1) 看護師のストレスやトラウマに関するチェックリストを使用する
- (2) 自殺未遂者への対応について定期的にスタッフミーティングを行う
- (3) 管理職（看護師長など）が、自殺未遂者へ対応したスタッフから話を聞く
- (4) 医師や先輩看護師、同僚が自殺未遂者へ対応したスタッフの話を聞く
- (5) 自殺未遂者へ対応したスタッフから救急部以外のスタッフ（リエゾン看護師や臨床心理士など）が話を聞く
- (6) その他（ ）

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

インタビューガイド

1. 個人の属性

年齢

性別

看護師経験年数

対応した自殺未遂者数

自殺未遂者ケアに関する教育経験

2. 具体的な対応事例における対象看護師の認知と行動

1) 対応したときの勤務状況

日勤／夜勤

他の患者の状況

看護師の数

2) 対応時の認知と行動

受け入れ時の認知（考えたこと、判断したこと）

受け入れ時の行動（実際に行ったこと）

処置時の認知（考えたこと、判断したこと）

処置時の行動（実際に行ったこと）

退院時の認知（考えたこと、判断したこと）

退院時の行動（実際に行ったこと）

3. 組織的準備状況

教育（内容、時期、回数、講師）

対応の手引き（有無、活用状況、院内の共有状況）

アセスメントツール（有無、活用状況、院内の共有状況）

院内他職種との協力体制（職種、状況）

精神科、他支援機関との連携（手順、状況）

4. 組織的準備に取り組むきっかけ

対応の手引き作成、地域との連携に取り組むきっかけはどんなことであったか

論文発表一覧

1. 杉本圭以子, 影山隆之 (2013). 一地域の救急医療機関および精神科医療機関を受診した自殺企図者に関する調査－医療者による「死ぬ意図」の確認に注目して－ こころの健康 28(2) : 39-50.
2. 杉本圭以子 (2014). 自殺未遂者へ救急看護師が行う心理社会的ケア及びその実施に 影響を与える要因についての文献検討 こころの健康 29(2) 49-58.

謝 辞

本研究をすすめるにあたり、調査にご協力いただきました救急部門に勤務する看護師の皆様、心から感謝申し上げます。全国各地の救急看護師の皆様にお話を伺うことで現場の看護師の皆様がどのようなことを感じながら自殺未遂した方と関わろうとしているかを知り、研究をまとめる原動力になりました。お忙しい中調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

自殺未遂者に関する研究課題に博士前期課程から取り組むことができたのは、主指導教員である大分県立看護科学大学 影山隆之教授の多大なご指導ご支援をいただいたおかげと心から感謝申し上げます。研究計画からデータ解析、論文推敲にいたるまで、ご自身の体調が優れない時期にも細かな部分までご指導いただいたおかげで、後期課程を3年間で修了することができました。

副指導教員の大分県立看護科学大学 伊東朋子准教授からは研究をすすめるうえで、多大なご支援ご教示をいただきました。深く感謝申し上げます。また、大分県立看護科学大学 吉村匡平准教授、副指導教員の関根准教授に前期課程のゼミ形式の授業で先行研究のクリティークをしていただいたことが、テーマを絞る過程で大きな支援となりました。自分が学びたいことをどのように研究にしていくかという点でとても学びの深い時間となりました。ありがとうございました。

さらに、大分県立看護科学大学 石田佳代子准教授、小野美喜教授、吉村匡平准教授には、本研究の看護研究としての意義や価値を高めるための多くのご助言をいただきました。多大なご尽力とご高配をいただき感謝申し上げます。

大分県立看護科学大学精神看護学研究室 後藤成人助教、大学院生の安藤敬子さんには様々な視点からご助言、励ましをいただきました。ありがとうございました。

最後に、本研究の完成まで温かく見守ってくださった大分県立看護科学大学の教職員の皆様、友人、家族に心より感謝申し上げます。